



MONOGRÁFICO

REVISTA GALLEGA DE PSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS



Borderline:

Estructura, categoría, dimensión

Cesare Maffei

Traducción: Leonelo Forti Sampietro

con la colaboración del Foro Gallego para el Estudio de la Personalidad:

Joaquín Martínez Valente, Raúl Vázquez Noguero, Marina Buratti,
Gerardo Flórez, Alfonso Casas, Juan Hierro, María José Veiga y Manuel Conde

GALICIA 2009

NÚMERO MONOGRÁFICO

Edita: Asociación Gallega de Psiquiatría
Dirección y Redacción: José Ramón Martínez Villamarín
José Manuel Olivares Díez
Avelina Pérez Bravo
Manuel Serrano Vázquez
Raúl Vázquez-Noguerol Méndez

La Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias se publica por la Asociación Gallega de Psiquiatría. Todas las publicaciones incluyendo manuscritos para publicación, han de ser remitidos a los editores, Apdo. de Correos nº 8, Vigo (Pontevedra). Los números atrasados, así como las peticiones de suscripción, pueden pedirse a dicho apartado. La publicación de la Revista tendrá carácter semestral, además de un número monográfico anual.

El material publicado de la Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias no refleja directamente los puntos de vista de los editores.

Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias

Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría

Octubre 2009



Monográfico

Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias

Boletín Oficial de la Asociación Gallega de Psiquiatría

Edita: La Asociación Gallega de Psiquiatría

Comité de Dirección y Redacción

José Ramón **Martínez Villamarín**, José Manuel **Olivares Díez**, Avelina **Pérez Bravo**,
Manuel **Serrano Vázquez** y Raúl **Vázquez-Noguerol Méndez**

Consejo Editorial

Acuña Castroviejo, José - SANTIAGO DE COMPOSTELA	Guimón Ugartechea, José - GINEBRA (SUIZA)
Alamo, Cecilio - ALCALÁ DE HENARES	Gurpegui Fernández de Longoria, Manuel - GRANADA
Álvarez Martínez, Enrique - BARCELONA	Gutiérrez Fraile, Miguel - VITORIA
Ayuso Gutiérrez, José Luis - MADRID	Leal Cercós, Carmen - VALENCIA
Baca Baldomero, Enrique - MADRID	Lieberman, Paul - E. CALIFORNIA (USA)
Ballesteros Alcalde, Carmen - VALLADOLID	Llorca Ramón, Ginés - SALAMANCA
Ballús Pascual, Carlos - BARCELONA	Lobo Satue, Antonio - ZARAGOZA
Barcía Salorio, Demetrio - MURCIA	López Ibor, Juan José - MADRID
Bassols, Ramón - BARCELONA	Luque Luque, Rogelio - CORDOBA
Bermejo, Félix - MADRID	Massana Ronquillo, Joan - BARCELONA
Bernardo Arroyo, Miguel - BARCELONA	Medina León, Antonio - CORDOBA
Berrios, Germán - E. CAMBRIDGE (UK)	Menchón Magriñá, José Manuel - BARCELONA
Bobes García, Julio - OVIEDO	Micó, Juan Antonio - CÁDIZ
Bousoño García, Manuel - OVIEDO	Montejo, Angel Luis - SALAMANCA
Bulbena Vilarasa, Antonio - BARCELONA	Navarro, Carmen - VIGO
Cañas de Paz, Fernando - MADRID	Noya García, Manuel - SANTIAGO DE COMPOSTELA
Carrasco, José Luis - SALAMANCA	Obiols Llandarich, Joan - BARCELONA
Casaís Martín, Leonardo - CÁDIZ	Ortega-Monasterio, Leopoldo - BARCELONA
Casas Brugué, Miguel - BARCELONA	Otero Camprubí, Aurora - BARCELONA
Cervera Enguíx, Salvador - PAMPLONA	Palomo Alvarez, Tomás - MADRID
Concheiro Carro, Luis - SANTIAGO DE COMPOSTELA	Peralta, Victor - PAMPLONA
Conde López, Valentín - VALLADOLID	Pigem Palmes, José Ramón - BARCELONA
Cuenca Fernández, Eduardo - ALCALÁ DE HENARES	Quemada, Ignacio - BILBAO
Cuesta Zurita, Manuel - PAMPLONA	Ríos Rial, Berta - MADRID
Chinchilla Moreno, Alfonso - MADRID	Roca Benassar, Miguel - PALMA DE MALLORCA
de Flores Formentí, Tomás - IGUALADA	Rojas Marcos, Luis - NUEVA YORK (USA)
de la Gándara Martín, Jesús - BURGOS	Ros Montalban, Salvador - BARCELONA
Dourdil Pérez, Federico - ZARAGOZA	Ruiz Fernández, Eulalia - MURCIA
Eguiluz Urruchurto, Iñaki - BILBAO	Sáiz Ruiz, Jerónimo - MADRID
Fernández Rodríguez, José María - VIGO	Sala José, María - ZARAGOZA
Franch Valverde, Juan - VALLADOLID	Salvador Carulla, Luis - CÁDIZ
Galiana Cela, Manuel - MURCIA	Sanchez Planell, Lluís - BADALONA
Gastó Ferrer, Cristobal - BARCELONA	Sanjuán, Julio - VALENCIA
Gibert Rahola, Juan - CÁDIZ	Toro Trallero, José - BARCELONA
Giner Ubago, José - SEVILLA	Valdés Miyar, Manuel - BARCELONA
Gómez Alonso, Juan - VIGO	Vallejo Ruiloba, Julio - BARCELONA
González Monclús, Enrique - BARCELONA	Valls, José - CORDOBA
González de Chaves, Manuel - MADRID	Villagrán Moreno, José María - CÁDIZ
Gracia Marco, Ramón - LA LAGUNA	
Guerrero Torre, José - SEVILLA	

Octubre 2009



Monográfico

Borderline: Estructura, Categoría, Dimensión

Índice

• Introducción del traductor.....	5
• Introducción del autor	7
• Agradecimientos del autor.....	9
• Capítulo I: diagnóstico estructural	11
Concepto de estructura	11
Análisis estructural	11
Cuadros clínicos	50
Entrevista clínica y diagnóstico estructural.....	53
• Capítulo II: diagnóstico categorial.....	59
Concepto de diagnóstico categorial.....	59
Sistemas diagnósticos descriptivos y trastornos de personalidad	61
El trastorno de personalidad Borderline (TP Borderline).....	68
• Capítulo III: diagnóstico dimensional.....	127
Concepto de diagnóstico dimensional y patología de la personalidad	127
Diagnóstico dimensional de la personalidad Borderline.....	136
Las dimensiones de la personalidad como componentes diagnósticos	142
• Capítulo IV: casos clínicos.....	145
• Bibliografía.....	180
• Apéndice 1: batería multidimensional de evaluación de la personalidad.....	212
Introducción	212
Cuestionario de Agresividad	220
Cuestionario de Estilos de Apego	227
Escala de Impulsividad de Barrat	234
Inventario de Personalidad Narcisista	239
Escala de Narcisismo Hipersensitivo	245
Inventario de Temperamento y Carácter Revisado.....	253
• Apéndice 2: dimensiones y moléculas	262
Posibles beneficios de una aproximación molecular	262
Tratamiento farmacológico dimensional	272

EL AUTOR

Cesare Maffei es profesor de psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad San Raffaele de Milán; fundador de la Asociación Italiana para el estudio de los Trastornos de Personalidad (AISDP) y presidente saliente de la Asociación Internacional para el estudio de los Trastornos de Personalidad (ISSPD).

Introducción del traductor

Es cierto que en 2006, cuando acabé de traducir los números extraordinarios del JPD, prometí no volver a traducir nunca más un texto, pues es un trabajo agotador e ingrato. Sin embargo, tras leer el libro del Dr. Maffei, y no sólo por su petición de traducirlo al castellano, sino fundamentalmente por las cualidades del texto, acepté, en Octubre de 2008, realizar la traducción. El italiano es mi lengua materna, pero como tal, nunca estudiada ni leída (sólo “huellas acústicas”), por lo cual, el trabajo resultó más difícil que si lo hubiera debido traducir del inglés. Fue acabado en Marzo, pero no fue fácil conseguir esponsorización para su producción. Una vez más Leoncio, de Janssen-Cilag, acudió en mi ayuda, y ha permitido que este texto pueda llegar a quienes les interesa el estudio de la personalidad Borderline.

Creo que es un texto pedagógico, profundo e innovador. Pedagógico, especialmente por explicar elementos psicodinámicos de manera comprensible. Profundo, pues justifica sin dejar lugar a dudas, la necesidad de explorar al paciente desde tres niveles epistemológicos diferentes: categorial, dimensional y estructural. Innovador, pues presenta una manera sistemática de escuchar y construir la historia clínica y elaborar el diagnóstico.

Quiero agradecer ante todo, al Dr. Cesare Maffei por concederme el honor de traducir su trabajo. Al Foro Gallego para el Estudio de la Personalidad, especialmente al Dr. Joaquín Martínez Valente y al Dr. Raúl Vázquez Noguero, quienes, además de motivarme a persistir en la ardua tarea de traducir este libro, me han sustituido en tareas relativas al foro. A la AGP, especialmente a su presidente, el Dr. Mario Páramo, por su incondicional apoyo para que el foro siga trabajando en las oscuras aguas de la personalidad. Sin mi familia habría sido imposible hacerlo en tan poco tiempo: las doctoras Marina Buratti y Azul Forti Buratti, críticas correctoras del aspecto psiquiátrico del manuscrito; Eliana Forti Buratti, periodista, ha intentado minimizar mis desastres de estilo; y Juan Pablo Forti Buratti, políglota vocacional, ha colaborado en la traducción de dos largos capítulos. Finalmente a Jansen, por permitir que este trabajo pueda llegar a manos de quienes estén interesados en el tema.

Leonelo Forti Sampietro

Vigo, Junio de 2009



Introducción del autor

La fábula Rizos de oro narra la historia de una niña que entró en una casa en la que vivían tres osos, uno enorme, uno grande y otro pequeño. Aprovechando que los osos no estaban, la niña comenzó a fisgonear entre sus cosas. Probó la leche del plato del oso enorme, y la notó demasiado caliente, lo mismo sucedió con la leche del oso grande, pero al probar la leche del oso pequeño exclama: “¡ésta es la que más se ajusta a mi gusto!”. Lo mismo sucedió con las sillas y las camas, siempre los del oso pequeño eran de su agrado. Si Rizos de oro hubiera incursionado en el territorio del diagnóstico de la personalidad Borderline (Límitrofe) se habría encontrado en apuros, pues no habría encontrado ninguna solución que le permitiera exclamar: “¡éste es el que mejor se ajusta!”. Ésta es la razón por la cual aquí describo y confronto tres modelos diagnósticos para la personalidad Borderline, manteniendo desde el comienzo al fin la hipótesis de que ninguno es el más preciso.

Existen muy buenos libros sobre la personalidad Borderline, y habría sido inútil agregar otro si no fuera por lo dicho en las primeras líneas: todas las teorías y modelos diagnósticos de la personalidad Borderline tienden a ser demasiado centrípetos, sin considerar opciones alternativas con las cuales buscar soluciones y acuerdos. Para construir un punto de vista más articulado y exhaustivo he intentado una triple aproximación: categorial, dimensional y estructural. En la tapa del libro, la esfera representa el diagnóstico estructural, que todo lo abarca, las dos curvas representan el diagnóstico categorial (distribución diferente para población normal y patológica), mientras que la curva única representa el diagnóstico dimensional (una sola población con diferencias cuantitativas).

Fuera de toda duda, la era moderna para el diagnóstico de personalidad Borderline se inicia con la propuesta de diagnóstico estructural de Kernberg, que ofrece la posibilidad de sustraerse al polimorfismo sintomatológico que había confundido a los clínicos hasta esa fecha, apoyándose sólidamente en criterios inferenciales que representan la organización de la personalidad desde una perspectiva psicoanalítica, articulada principalmente alrededor de la teoría de las relaciones objetales. Al relacionar sólidamente la personalidad Borderline a la teoría, obtiene coherencia diagnóstica y operatividad terapéutica. Al ver que los sujetos catalogados como “Organización Borderline de la personalidad” formaban un grupo demasiado heterogéneo, Kernberg ha propuesto criterios diferenciales cualitativos y cuantitativos. He agregado la taxonomía psicoanalítica de Meissner, olvidada en estos últimos años, quien ha propuesto el concepto de espectro Borderline, describiendo varios subtipos¹.

En el primer capítulo describo el modelo de Kernberg, con sus ventajas y defectos, articulado con el espectro Borderline de Meisner y con los datos de la investigación empírica, por cierto poco reconfortantes.

El segundo capítulo está totalmente dedicado al diagnóstico categorial, es decir, el eje II del DSM (complementados por los ejes III, IV y V). La inserción de los trastornos de personalidad en un sistema diagnóstico psiquiátrico descriptivo, mediante la definición de criterios claros y accesibles ha favorecido tanto a la clínica como a la investigación. En los últimos veinticinco años la investiga-

¹N del T: por sugerencia del autor, el apartado referente al espectro Borderline de Meissner y la validación para Italia de los instrumentos de la batería multidimensional han sido excluidos.

ción publicada sobre este tema ha crecido mucho, pero al mismo tiempo se detectaron problemas: el sistema categorial, a partir de un modelo médico descriptivo, ha revelado sus propios límites, llevando al modelo categorial hacia una parábola descendente respecto a su futuro. Sin embargo, el TP Límite ha superado las pruebas de validez de constructo en casi todos los casos, por lo cual podemos estar seguros de que sobrevivirá como categoría.

El tercer capítulo está dedicado al diagnóstico dimensional: la crisis de las categorías del eje II del DSM ha dado empuje y vigor a los defensores de modelos dimensionales, que ven la patología de la personalidad como una extensión cuantitativa de la personalidad sana, sin admitir los saltos cualitativos que defiende el sistema categorial. He intentado citar los principales modelos dimensionales, no como alternativa a las categorías sino como complemento: los perfiles dimensionales agregan principios ideográficos, más difuminados (que articulan la heterogeneidad) al principio nomotético categorial (que define el orden).

Los casos clínicos, presentados desde las tres perspectivas, quieren demostrar el contenido interno de la personalidad Borderline, que tiene validez clínica y estadística y que permite identificar diferencias importantes, especialmente respecto al pronóstico y tratamiento. Espero que el tratamiento pueda ser el tema de un segundo volumen, dedicado al tratamiento ajustado a la medida de cada paciente.

Finalmente, en el apéndice se explica la batería diagnóstica desarrollada por Andrea Fossati, con quien comparto desde hace años teoría y práctica en la sede del Servicio de Psicología Clínica y Psicoterapia del Instituto Científico San Raffaele. Es un instrumento que explora una serie de dimensiones de la personalidad que han demostrado ser útiles para conocer las diferencias individuales de los sujetos que tanto estructuralmente como categorialmente son definidos como Borderline. Esta batería, denominada Batería Multidimensional para la evaluación de la personalidad adaptativa y desadaptativa (BMVP -AD), validada y utilizada en centenares de sujetos, es la que se aplica a los casos clínicos citados, que son el componente central de este libro.

El intento de este trabajo es presentar y confrontar diferentes sistemas diagnósticos mostrando que, en cada caso clínico concreto, es posible articular visiones generales normativas, con descripciones particulares del individuo singular².

²N del T: Como complemento al diagnóstico, en el apéndice 2, el traductor relaciona dimensiones con moléculas, preparando al lector para el segundo volumen, dedicado al tratamiento.

Agradecimientos

A mi esposa Nidia

Principalmente debo agradecer a mis pacientes Borderline, que me han ayudado a comprenderles y, eso espero, a ayudarles. Me han enseñado mucho y los sigo haciendo cada vez que los atiendo. El amor paterno me empuja a agradecer en segundo lugar a mi hijo Juan, quien ha realizado el boceto de la cubierta del libro. Agradezco a todos mis colegas que en estos años han compartido conmigo la difícil tarea de dedicar su vida al tratamiento de la patología de la personalidad, pilares importantes de la institución hospitalaria y universitaria (en orden alfabético): Marco Battaglia, Andrea Fossati, Maria Grazia Movalli, Laura Vanzulli, Raffaele Visintini. Aunque no los nombre individualmente, agradezco a todos los terapeutas del Servicio de Psicología Clínica y Psicoterapia que dirijo, así como a los estudiantes de la escuela de especialización en Psicología Clínica que cada día me muestran sus motivaciones para llegara a ser óptimos terapeutas. Un particular agradecimiento a Simona Turiello, secretaria y asistente de alto valor, que cada día organiza con afecto y eficacia mi complicada vida profesional. Finalmente un sentido agradecimiento a mi amigo y editor Raffaello Cortina, que siempre ha prestado mucha atención a este sector clínico, y a sus colaboradores, quienes han seguido mi trabajo pacientemente: Mariella Agostinelli, Cristina Cortellaro y Michela Zavattaro.

Cesare Maffei



I. Diagnóstico estructural

Concepto de estructura

En un sentido general, “estructura” indica una relación entre entidades, independientemente de la naturaleza de éstas. Esta relación implica una organización que determina la constitución de un sistema. Cuando se refiere a entidades psíquicas, el concepto “estructura” puede explicarse al menos desde tres perspectivas (Chatham, 1989): (1) modo en el cual las funciones mentales se organizan establemente, mediante un proceso de diversificación y aumento de complejidad, que comienza en la infancia y continúa a lo largo de la vida; (2) estructura topográfica del aparato psíquico; y (3) análisis estructural. Esta última (de particular interés para este libro) considera el diagnóstico de la personalidad desde una perspectiva estructural, genético-dinámica y descriptiva (Kernberg, 1976, 1984), mostrando evidentes relaciones con los dos significados previos de estructura. El análisis estructural implica dos tipos de componentes: fundamentos evolutivos (la progresiva organización de la personalidad se desarrolla a través de un período de tiempo caracterizable por parámetros precisos) y fundamentos topográficos freudianos (división del aparato psíquico en tres territorios: Yo, Ello y Superyo, Freud, 1922).

Análisis estructural

El análisis estructural puede organizarse según tres perspectivas: estructurales específicas, genético-dinámicas y descriptivas. Esta división se debe a que la tradición psicoanalítica no ha utilizado el concepto de manera homogénea. El punto de origen ha sido el modelo tripartito del aparato psíquico propuesto por Freud en la segunda tópica, que ha dado origen a la psicología del yo y ha facilitado una intersección con la teoría de las relaciones objetales, la cual considera los derivados interiorizados de las relaciones objetales como estructuras subyacentes al Yo (Kernberg, 1976). Dentro del análisis estructural se inserta la organización estable del contenido de conflictos inconscientes, principalmente el edípico, íntimamente conectado a las relaciones objetales y a los procesos de interiorización de las mismas.

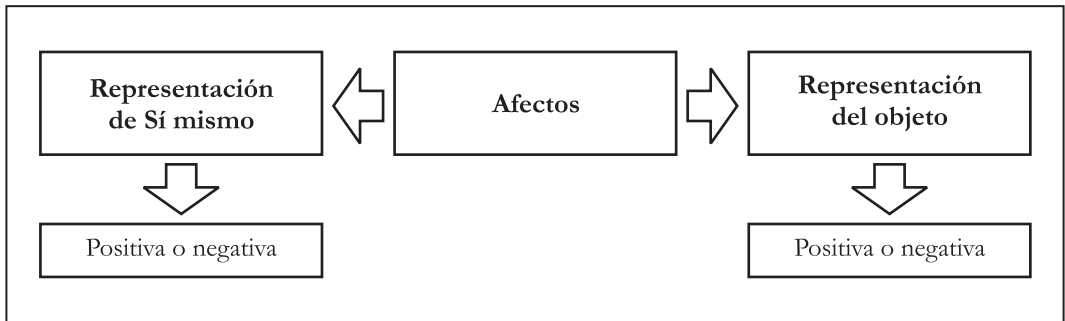
Afectos, cogniciones y desarrollo de la personalidad

La conceptualización de la personalidad aquí expuesta incluye, dentro del Yo, la presencia de representaciones de Sí mismo¹ y del Objeto, como derivados interiorizados de las relaciones objetales reales, unidas entre sí por estados afectivos cuya cualidad se sitúa a lo largo de la dimensión experiencial de positividad o negatividad, de satisfacción y de frustración (Figura 1). Los estados afectivos constituyen el sistema motivacional fundamental cuando el niño tiene la exigencia primaria de comunicar sus necesidades al entorno humano. Estos procesos determinan la fijación en la memoria de un mundo interno articulado de relaciones de objeto, en el cual la representación cognitiva de sí mismo y del objeto puede ser investida de valencias positivas o negativas, de manera más o menos estable.

¹ N del T: “Sí mismo”, con mayúsculas equivale al término inglés “Self”.

Cada evento relacional positivo, en el que se satisfaga una exigencia del sujeto, lleva a acumular representaciones positivas de Sí mismo y del Objeto, pero que pueden desligarse y reacoplarse con afecto negativo cuando la relación con el Objeto se torna frustrante. Esta configuración va siendo modificada por sucesivas experiencias, a lo largo del continuo juego de equilibrio y desequilibrio entre exigencias del individuo y las respuestas de la realidad, que subjetivamente se traducen en experiencias gratificantes o frustrantes, de diferente intensidad y duración.

Figura 1: Representaciones objetales interiorizadas en el Yo y los afectos que las conectan

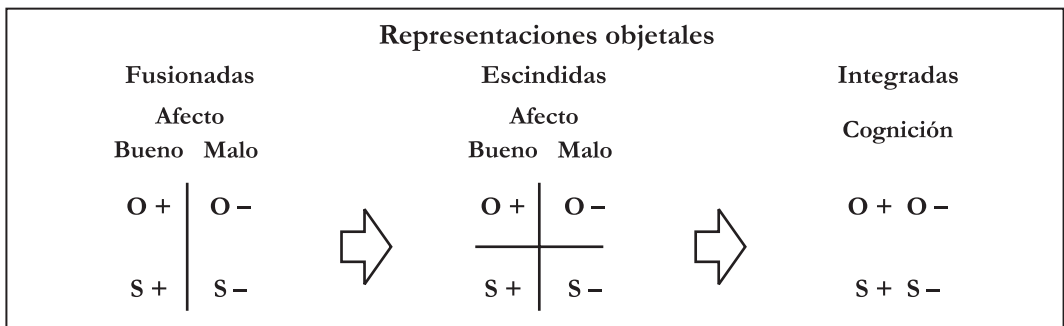


Resulta evidente que la teoría de la personalidad formulada por Otto Kernberg considera fundamentales para la constitución de la personalidad tanto a los componentes cognitivos (representaciones interiorizadas de las relaciones objetales) como a los componentes afectivos (que definen la cualidad de la experiencia a través de un continuo entre vivencias positivas y negativas). El término “afecto”, que se presta a diferentes interpretaciones, ha sido utilizado de manera poco uniforme en la literatura científica. En nuestra conceptualización nos referimos a los afectos como dimensiones cualitativas de la experiencia. Los afectos positivos, determinados fisiológicamente, y probablemente indiferenciados en su origen, evolucionan hacia experiencias placenteras específicas, sobre la base de cuatro elementos: saciedad oral, excitación de las zonas erógenas, gratificación de las conductas exploratorias y experiencias interpersonales (Kernberg, 1976). Las experiencias negativas siguen un proceso análogo. A lo largo del desarrollo, a las representaciones objetales organizadas según las dos polaridades experienciales mencionadas se agrega la estructuración de sistemas motivacionales estables y hegemónicos de connotación libidinosa (amor) y agresiva (odio). Estos sistemas constituyen dos fuentes motivacionales autónomas, relativamente independientes de los afectos ante los eventos de la vida, que energizan la vida psíquica en sí misma, más allá de la experiencia contingente.

En otras palabras, la teoría de Kernberg se basa en la idea de que existen fuerzas motivacionales originarias, de fundamento biológico, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades primarias en la relación con el entorno humano. Estas fuerzas son los afectos, de polaridad opuesta, al lado de los cuales se estructuran a lo largo del desarrollo dos sistemas motivacionales autónomos, que vehiculan respectivamente amor y odio. Esta teoría, si bien se deriva de la freudiana al aceptar los determinantes biológicos de las motivaciones, se diferencia de ésta al considerar que las relaciones objetales son primarias (la teoría freudiana sostiene que son secundarias, derivadas de las fuerzas pulsionales).

La estructuración de la personalidad, por otra parte, está caracterizada por progresivas modificaciones de las relaciones entre los componentes cognitivos y afectivos. En las primeras fases de la vida psíquica prevalece el componente afectivo, pero a medida que el aparato psíquico se desarrolla, las funciones cognitivas van controlando a las afectivas y determinan la construcción de una representación articulada de la realidad que garantiza una buena adaptación del individuo a la realidad. Kernberg (1976) incluye una dimensión temporal al sugerir fases hipotéticas del desarrollo, que no es relevante para los objetivos de este libro. Sus componentes esenciales se representan en la figura 2.

Figura 2. Modelo evolutivo de las relaciones objetales interiorizadas según Kernberg (O: objeto; S: sujeto)



En la fase de relaciones objetales fusionadas, las representaciones de Sí mismo y del Objeto no se diferencian y se polarizan según la cualidad de la experiencia afectiva (positiva o negativa): al no ser posible la prueba de realidad (el infante es incapaz de diferenciar mundo interno y externo), los contenidos de la mente se mezclan con las experiencias y constituyen una única realidad. Según Kernberg esta fase tiene un alto valor de predicción respecto al desarrollo de patología: la carencia de capacidades cognitivas en esta fase se corresponde con la psicosis.

En la fase de relaciones objetales escindidas el sujeto tiene prueba de realidad: al discriminar cognitivamente el Sí mismo del otro (algo diferente a sí mismo), es capaz de diferenciar el origen externo o interno de los estímulos sensoriales. Sin embargo, como el componente afectivo domina el proceso de escisión, el Sí mismo y los objetos se agrupan según la cualidad del afecto (negativo o positivo). Es posible que en esta fase prevalezcan principalmente una atribución positiva al Sí mismo y una negativa al Objeto, y que sólo después vuelvan a equilibrarse. Esta hipótesis coincide con la teoría evolutiva de Margaret Mahler (Blanck y Blanck, 1979), según la cual en la subfase de experimentación (*practicing*) los afectos positivos son conectados a la representación de Sí mismo, mientras que en la subfase de reaceramiento prevalecen las atribuciones de afectos positivos al Objeto. De este modo, se equilibran dos tipos de exigencias o necesidades: autoafirmación (“soy fuerte”) y protección (“mamá es buena”). Sin embargo, en esta fase hay atribuciones de omnipotencia tanto al Sí mismo como al Objeto, que son, alternativamente, totalmente potentes o totalmente protectores. Como no es posible atribuir connotaciones afectivas contradictorias al mismo objeto y al Self, esta fase se caracteriza por relaciones objetales parciales. Este nivel evolutivo encuentra un paralelo en la organización limítrofe de la personalidad.

En la fase de las relaciones objetales integradas la cognición instala su dominio sobre los afectos. Las representaciones de sí mismo y del objeto (ya separadas en la fase anterior) ahora se connotan afectivamente de manera integrada: cada representación contiene los aspectos positivos y negativos. Ya no hay un Sí mismo ni un Objeto totalmente malo o totalmente bueno, sino un Sí mismo y Objetos en quienes los afectos positivos y negativos se integran dinámicamente con prevalencias de uno u otro en una multiplicidad de matices. La intensidad de las investiduras afectivas se reduce, mientras que las rígidas y absolutas contraposiciones (placer-dolor, gratificación-frustración) se diferencian y se articulan. Esto ocurre también gracias al aporte de elementos superyoicos que permiten una evolución del estilo defensivo del Yo desde la escisión (mecanismo de defensa arcaico) a la represión (mecanismo de defensa adaptativo). Lo que antes era escindido y proyectado (por ejemplo, aspectos negativos de la representación de sí mismo) ahora se reprime y permanece inconsciente. Es importante subrayar que cuando el funcionamiento cognitivo predomina sobre el afectivo (con una reducción de la intensidad y el absolutismo de éstos) y se reprime lo inaceptable, se hace posible la aparición de un repertorio articulado de respuestas a los eventos del entorno, permitiendo la adquisición de mejores capacidades adaptativas. En otros términos, en esta fase hay menos identificaciones intensas e inmediatas (fundadas especialmente en atribuciones afectivas totales de signos opuestos) y se adquiere una mayor capacidad de observación, valoración y decisión respecto a las identificaciones de base afectiva. La relación dual de identificaciones totales con el Sí mismo o con el Objeto, basada en automatismos afectivos, es sustituida por la capacidad de identificarse con un tercero, con valoraciones más realistas y fundadas cognitivamente, que articulan y modulan los arrebatos afectivos. Este nivel evolutivo encuentra su paralelo en la organización neurótica de la personalidad.

Como comentario general sobre esta trayectoria evolutiva, que relaciona con coherencia la teoría de las relaciones objetales con el desarrollo sano y patológico, es posible sacar dos tipos de conclusiones. La primera se refiere a la prudencia con que hoy se consideran los conceptos de fijación y regresión a una fase previa del desarrollo. La psicología y la psicopatología del desarrollo, especialmente las de base científica y experimental, han demostrado que conceptos teóricos aparentemente consolidados (como la sucesión temporal de fases evolutivas en progresión lineal) no resisten la confrontación con modelos complejos de predicción, sugiriendo que los precursores evolutivos son solo predecibles de manera no lineal. Es posible que la asociación entre un tipo de patología y un punto de fijación o una regresión sea un reduccionismo no verdadero. La segunda se refiere al hecho de que quienes han estudiado la problemática de los sujetos Borderline desde el punto de vista evolutivo muestran considerables analogías con quienes la han estudiado desde la perspectiva de las relaciones objetales. Las principales conexiones se expondrán de manera concisa, para mostrar analogías y diferencias en un ámbito conceptual y clínico que ha ayudado mucho a comprender la personalidad Límite.

W. W. Meissner (1982, 1983) sostiene que el problema fundamental de los sujetos Borderline es la organización patológica de objetos internos, a los que denomina objetos introyectados. Se organizan en dos polos porque reflejan una configuración primitiva en la que están presentes estados placenteros y displacenteros, y derivan de dos necesidades: control interno del objeto para contener las ansiedades de abandono y mantener una relación con el objeto amado y temido al mismo tiempo. Las configuraciones relacionales de los objetos introyectados reflejan la dinámica de las relaciones infantiles con la figura materna: (1) víctima-agresor, derivada de la dimensión relacional agresiva; (2) superior-inferior, derivada de la dimensión relacional narcisista; y (3) objeto de amor, derivada de la

dimensión de la libido, en cuyo interior se contienen la necesidad de cercanía física, dependencia, temor al abandono y algunos contenidos agresivos. Meissner subraya la estabilidad de estas configuraciones objetales y la explica con varios argumentos: (a) la necesidad de mantener la coherencia del sentimiento de Sí mismo a lo largo del mantenimiento de la función narcisista del objeto; (b) la defensa de una modalidad infantil de dependencia de un progenitor que, en cuanto controlado, no expone al sujeto al riesgo de experimentar ansiedades de abandono y sentimientos de soledad; y (c) la posibilidad de no enfrentarse a los sentimientos negativos intensos que estarían presentes si las representaciones objetales se integraran. Los tres argumentos destacan una representación defensiva de la propia identidad, de la naturaleza del objeto y de la relación entre sujeto y objeto. Por lo tanto, en la realidad interna se crea una representación ilusoria de sí mismo como potente, ligado a afectos totalmente positivos de un objeto que estará siempre presente. Este objeto, obviamente, no permite niveles de identificación más evolucionados, que a la vez son temidos por el riesgo de llevar el contrario catastrófico de la representación de sí mismo, del objeto y de la relación entre ambos. Así se genera un funcionamiento desadaptativo respecto a la realidad concreta, fundamentalmente porque ésta es vivida todavía como un terrible peligro. La paradoja del sujeto Borderline es que vivencia como al más terrible enemigo a quien en la realidad representa su salvación, viviendo en un falso equilibrio que le parece la “realidad más real” y no una adaptación precaria que, de hecho, no es más que una fuente de desadaptación.

La conceptualización de Masterson y Rinsley (1975) retrasa la patología de las relaciones objetales en los sujetos Borderline a una problemática evolutiva típica de la subfase de reacercamiento de Margaret Mahler (1975). En esta etapa la relación entre la madre y el niño es particularmente delicada porque el niño, que ya ha experimentado la autonomía exploratoria, muestra un movimiento regresivo hacia la madre debido a las ansiedades de abandono. Tal movimiento, sin embargo, genera al mismo tiempo ansiedades de reencuentro en una condición de dependencia de la madre, que pueden ser aplacadas por la madre misma mediante la reactivación del impulso exploratorio. En esta fase, el difícil equilibrio en la relación madre-hijo está constantemente amenazado por la presencia de ansiedades de naturaleza opuesta (abandono y fusión), con serios peligros de caer en una de las dos. Masterson y Rinsley sostienen que en el sujeto Borderline se ha cristalizado una configuración objetal escindida, que por una parte es excesivamente protectora y aceptadora, mientras que por la otra rechaza o es punitiva. Esto hace que el sujeto Borderline no tenga posibilidad de elección en la cualidad afectiva de las relaciones objetales, pudiendo por lo tanto caer tanto en la dependencia regresiva como en la soledad y el abandono. Tal problemática estaría constituida por dos unidades opuestas, ambas hechas por representaciones de Sí mismo y del Objeto. La primera es gratificante (unidad de relación objetal gratificante = *rewarding object-relation unit*, RORU), mientras que la segunda es abandonónica (unidad de relación objetal abandonónica = *withdrawing object-relation unit*, WORU).

Tabla 1: Principales configuraciones relacionales patológicas interiorizadas en los sujetos Borderline

Díadas relacionales (Clarkin, Kernberg, Yeomans, 1998)	Niño malo, destructivo Niño controlado, rabioso Niño no querido Niño carenciado, baja autoestima Víctima abusada Presa agredida sexualmente Niño privado Niño enfadado, fuera de control Niño sexualmente excitado Niño dependiente, gratificado	Progenitor punitivo sádico Progenitor controlador Progenitor egoísta, descuidado Progenitor despreciativo Agresor sádico Depredador Progenitor egoísta Progenitor impotente Progenitor castrante Progenitor devaluado
Introyecciones (Meissner, 1982)	Víctima Inferior Dependiente, necesitado	Agresor Superior Protegido, gratificado
Unidad relacional (Masterson, 1975)	Unidad de objeto gratificante (RORU)	Unidad de objeto abandonico (WORU)
Carencia objetal (Adler y Buie, 1979)	Carencia del objeto holding	

Adler y Buie (1979) señalan que la problemática más grave de las relaciones objetales de los sujetos Borderline está representada por un déficit en la constitución de un objeto interno con funciones de holding (sostén), y de allí la tendencia a la oscilación emocional y de la impulsividad. En la tabla 1 se presenta una síntesis de la configuración objetal interna de los sujetos Borderline según los autores citados. Cabe recordar que las relaciones objetales interiorizadas como pares complementarios implican una posible identificación de la representación de Sí mismo con uno de los dos miembros, y del Objeto con el otro miembro. De este modo, tanto el Objeto como la representación del Sí mismo pueden ser colocados en el lugar de víctima o de victimario.

Características estructurales específicas

A continuación se describirán con más profundidad los componentes del análisis estructural, desde una perspectiva propiamente estructural, que representa la piedra angular sobre la que se edifica una conceptualización diagnóstica que prevé la existencia de tres niveles de organización de la personalidad (Neurótica, Borderline y Psicótica) distinguibles según criterios estructurales específicos (Identidad integrada, Defensas y Prueba de realidad). En la tabla 2 se muestran las diferencias entre los tres niveles de organización de la personalidad.

Tabla 2: Criterios estructurales específicos y niveles de organización de la personalidad (Kernberg, 1984, modificado)

Nivel:	Neurótico	Borderline	Psicótico
Integración de la identidad	Representaciones de Sí mismo y Objeto claramente separadas. Las representaciones contradictorias de Sí mismo y del Objeto se integran en conceptualizaciones complejas.	Representaciones de Sí mismo y Objeto claramente separadas. Difusión de Identidad: Las representaciones contradictorias de Sí mismo y del Objeto no se integran	Representaciones de Sí mismo y Objeto escasamente separadas. Difusión de Identidad: Las representaciones contradictorias de Sí mismo y del Objeto no se integran o se representa una identidad delirante.
Defensas	Alto nivel: Represión, Formación reactiva, Aislamiento, Racionalización, Anulación retroactiva, Intelectualización-racionalización. Defensas ante el conflicto intrapsíquico.	Bajo nivel: Escisión, Omnipotencia, Idealización primitiva, Denigración, Denegación primitiva, Identificación proyectiva. Defensas ante el conflicto intrapsíquico.	Bajo nivel: Escisión, Omnipotencia, Idealización primitiva, Denigración, Denegación primitiva, Identificación proyectiva. Protegen al Yo de fragmentación y fusión con el Objeto.
Prueba de realidad	Buena: representaciones de sí y otro diferenciadas. Valoración de la realidad profunda y realista.	Discreta: representaciones de sí y otro diferenciadas. Valoración de la realidad realista pero no profunda Alteraciones transitorias de la prueba de realidad y del sentimiento de realidad (desrealización).	Ausente: Representaciones de sí y del otro imprecisas. Valoración de la realidad no realista. Alteraciones del sentimiento de realidad (desrealización)

Este punto de vista es fácilmente comprensible incluso desde la experiencia cotidiana, la cual muestra que cada ser humano tiene una representación cognitivamente estable de sí mismo y de los otros, pero sujeta a oscilaciones respecto a la investidura afectiva de tales representaciones, según el nivel de satisfacción percibido en los sucesos relacionales. Los sucesos amorosos son tal vez el ejemplo más paradigmático del pasaje, a veces repentino, de una vivencia en la cual la persona amada es la fuente de cada dicha, a la vivencia totalmente opuesta que hace percibir a la misma persona como fuente del más intenso sufrimiento. El amante feliz que de improviso descubre una traición por parte de la persona amada, siente que cae precipitadamente en la desesperación, pese a ser cognitivamente la misma persona: lo que cambia radicalmente es la cualidad de la vivencia afectiva respecto a la misma

persona. También es cierto que el amante traicionado puede ser capaz de, después de un período más o menos largo, reconsiderar el valor global complejo de la relación afectiva con la persona amada, prescindiendo de la reacción aguda a un evento negativo. Pero para poder hacerlo, son necesarias dos condiciones: primero, que la investidura afectiva haya sido estable y duradera; segundo, tener la capacidad cognitiva para profundizar en las características de la relación y del evento. En otras palabras, la persona traicionada, a medida que la reacción emocional negativa se atenúa, siente reaparecer en sí mismo incluso el recuerdo de los aspectos positivos de la persona amada, pese a vivenciarla todavía como persecutoria, en una recomposición compleja y global de las cualidades afectivas de la persona amada y de la relación con ella: “odio a X porque me ha traicionado, pero generalmente estoy bien con X porque me comprende y está a mi lado, incluso en momentos difíciles...” ¿Quién es X entonces, en este momento, para la persona traicionada? ¿Cuál es la verdad respecto a la polaridad felicidad-infelicidad de la relación con X? Hasta aquí el componente más afectivo, mientras que el componente cognitivo puede tomar en cuenta más consideraciones, preguntas y dudas: “¿Si me traiciona es sólo culpa suya, o también es en parte responsabilidad mía por no hacer a X tan feliz como querría? ¿Seré yo la causa de la traición, que no justifico, pero que tal vez comprenda a la luz del hecho de darme cuenta de mis carencias? Pensaba que amaba a X y que mi amor fuera suficiente para hacerle feliz, pero ahora tengo dudas sobre mí... y si la traición fue generada por mi egoísmo, en la obtusa creencia de vivir en la ilusión de dar tanto amor mientras que en la realidad no llego a comprender que tengo grandes limitaciones, y que tal vez X ha sufrido en silencio la inadecuación de mi amor..., pero si es así ¿Porqué no me lo dice... y porqué me traiciona? Porque no es cierto que me ama, y por lo tanto yo soy una víctima... o en realidad yo no amo tanto como creo, y por lo tanto, X es la víctima de mi egoísmo...”. Y así sucesivamente hasta un posible punto de equilibrio, que puede ir hacia la recuperación de la relación en un nivel de mayor sinceridad, a la ruptura, o a soluciones de compromiso. Ésta es gran parte de la vida relacional humana, y tal vez no es casual que la literatura, el cine y el diálogo entre los seres humanos suelen ser una permanente reflexión sobre estos temas.

En síntesis, hay tres componentes en juego: las oscilaciones agudas ligadas a eventos, la relación entre estas oscilaciones y el contexto afectivo estable de la relación y, finalmente, las capacidades cognitivas, o mejor dicho metacognitivas, que implican la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y de percibir el funcionamiento mental de los otros.

Desde la óptica de las características estructurales específicas de la organización Borderline de la personalidad, la difusión de identidad amenaza la integridad de la identidad incluso en la vida cotidiana. Pese a haber una neta distinción cognitiva entre las representaciones del Self y las del Objeto (lo cual garantiza el mantenimiento de una adecuada prueba de realidad), las características contradictorias ligadas a los estados afectivos positivos y negativos (del Sí mismo y del Objeto) pueden no integrarse. La organización Borderline de la personalidad, por su configuración defensiva centrada primariamente en la escisión del Yo, es incapaz de integrar los componentes afectivos que se adhieren a representaciones parciales del Self o del Objeto, alternativamente positivos o negativos, de manera demasiado intensa como para ser realista (puesto que ningún ser humano puede ser totalmente bueno o totalmente malo). Retornando al ejemplo de la traición amorosa, es altamente probable que la configuración relacional originaria, sobre la cual puede insertarse luego un problema real como la traición, esté caracterizada por la polarización entre una excesiva

felicidad cuando la relación va bien (“soy completamente feliz porque me siento amado/a por una persona maravillosa...”) y de una absoluta negatividad en los momentos de insatisfacción (“todas las personas son iguales, primero te ilusionan y luego se revelan egoístas, insensibles y sádicos... no volveré a caer...”). Para llegar a conclusiones tan radicales, un sujeto con organización Borderline de personalidad no necesita pruebas tan consistentes de no fiabilidad como la traición, de hecho nunca llega a confiar totalmente en el otro y vive inmerso en el temor, generalmente inmotivado, al rechazo o al abandono. A continuación se describen las tres características estructurales que definen la organización Borderline de la personalidad.

1. Difusión de identidad

Se basa en la incapacidad de integrar las representaciones interiorizadas del Sí mismo y del Objeto, polarizadas afectivamente en positivo y negativo, y se expresa a través de permanentes oscilaciones contradictorias en el plano de los valores afectivos. La representación del Sí mismo positiva puede, rápida y aparentemente de manera inexplicable, transformarse en su contrario, y algo semejante puede suceder con la representación del Objeto. Estos fenómenos, que se hacen más evidentes cuánto más elevado esté el nivel de activación emocional y cuanto más intensa sea la necesidad de apego, están presentes, incluso en la relación terapéutica. Es frecuente observar cómo una relación gratificante con un terapeuta idealizado, se transforma, a veces de improviso y con causas no siempre perceptibles inmediatamente, en una relación en la que el terapeuta es un ser egoísta y rechazador, y el paciente se siente abandonado y privado. Las configuraciones relacionales resumidas en la tabla 1 son un ejemplo de la multiplicidad de formas que puede asumir también la relación terapéutica. El paciente Borderline lleva en su mundo interno una multiplicidad de representaciones contradictorias del Self y de los otros, lo que le lleva a situaciones como la citada. La difusión de identidad se puede expresar incluso a través de un sentimiento crónico de vacío, o a través de la incapacidad para describirse a sí mismo, sus características psicológicas, lo que es importante para uno, sus metas afectivas, profesionales y sociales: el discurso resulta superficial, soso, como visto desde fuera y lleno de contradicciones. Ocurre a menudo que un sujeto Borderline, en el momento en el que se le pide una descripción de su propia personalidad, pueda afirmar: “soy muy sensible emotivamente, impulsiva e irracional, lo que me ha llevado a cometer muchos errores en mi vida... pese a que mi principal talento sea la capacidad de reflexión...”.

Algo semejante sucede con las representaciones de los otros. Sus descripciones del otro son superficiales, opacas, vagas o excesivamente referidas a las propias necesidades. Es fundamental destacar la ausencia de capacidad de empatía. Esto es obvio, puesto que la verdadera empatía consiste en ser capaz de identificarse con los estados afectivos de los otros pero manteniendo al mismo tiempo la capacidad de observar al otro desde el propio punto de vista, es decir, conservando la propia identidad. El funcionamiento de la empatía sólo es posible cuando se tienen representaciones completas del otro, es decir, cuando las relaciones objetales están evolucionadas al nivel de relaciones objetales integradas. En cambio, cuando domina una configuración relacional parcial, no es posible hablar de empatía. La razón es evidente: las configuraciones objetales parciales no permiten entrar en relación con un otro con el que se experimenten afectivamente luces, sombras y medios tonos (partiendo de la consciencia de la articulación

análoga de la propia experiencia afectiva). Las relaciones objetales parciales crean una visión monocromática y unilateral del otro, positiva o negativa (en función del propio monocromático y unilateral punto de vista sobre sí mismo: “si yo me siento víctima, tu no puedes ser otra cosa que perseguidor, y viceversa”).

Según Kernberg (1980), la difusión de identidad implica tres tipos de consecuencias: (a) incapacidad de mantener, salvo durante breves períodos, una representación integrada de sí mismo y de los otros; (b) agravamiento progresivo de las distorsiones y caos cognitivos; y (c) ausencia de una verdadera capacidad empática. Viene al caso añadir que las relaciones objetales parciales contribuyen a determinar una condición de intensa y estancada dependencia en la relación con los otros, en quienes se deposita todo lo que falta a la representación de un sí mismo “completo” (que no se llega a completar nunca porque lo que falta queda siempre fuera, puesto en el otro). En otras palabras, si las propias piernas están paralizadas y las del otro no, es posible moverse subiéndose a la grupa del otro, y caminar sería andar como si las propias piernas funcionaran, pero con la perenne necesidad de estar a la grupa del otro, al que se controlará y temerá al mismo tiempo. Los sujetos Borderline presentan una configuración relacional distorsionada y caótica, en la que necesitan al otro como prótesis de la representación de sí mismo, con una lógica opuesta a la empática, centrada en sus propias necesidades, utilizando al otro, en una continua búsqueda de un equilibrio que podría obtenerse integrando en sí mismo lo que constantemente pone fuera de sí.

- Aspectos problemáticos de la difusión de identidad

El criterio fundamental sobre el que se basa el diagnóstico de organización Borderline de la personalidad es la difusión de identidad, muy ligada a mecanismos de defensa primitivos (centrados en la escisión), puesto que éstos la generan. Este simple constructo se presta a múltiples consideraciones problemáticas, tanto respecto al concepto “difusión” como al de “identidad”. Ambos términos pueden ser entendidos desde distintos puntos de vista teóricos, con significados extremadamente heterogéneos. Otro punto problemático está representado por la especificidad de la relación entre difusión de identidad y personalidad Borderline.

Profundizar adecuadamente el concepto identidad requeriría un tratamiento aparte, que supera los objetivos de este libro, tanto en cantidad como en calidad. Pero es útil señalar el espectro semántico del término, pues “identidad” parece ser incompatible con “difusión”. Los significados del término identidad pueden reagruparse alrededor de dos polaridades, una subjetiva y otra objetiva. Al ser un atributo del sujeto, concierne a aspectos de la experiencia de sí mismo, mientras que en el segundo caso puede comprender una estructura que integra motivaciones y competencias del individuo en función de su adaptación al entorno. Las múltiples características atribuidas a la identidad pueden resumirse del siguiente modo (Erikson, 1959, Akhtar, 1992, Westen y Heim, 2003):

- Sentimiento subjetivo de continuidad de sí mismo en el tiempo y en múltiples situaciones;
- Sentimiento subjetivo de coherencia y persistencia de algunos aspectos de sí mismo, pese a reconocer cambios de otros aspectos a lo largo del tiempo;
- Adherencia a la representación de sí mismo conectada a roles sociales;

- Autenticidad y espontaneidad de las expresiones de sí;
- Sentimiento realista de la imagen del propio cuerpo y de la propia identidad de género;
- Adhesión a un conjunto de valores que implican una visión de mundo que da sentido a la propia existencia;
- Identificación profunda con las características del grupo social de pertenencia;
- Confianza en la correspondencia entre las imágenes de sí y el reconocimiento de tales imágenes por parte de otros significativos;
- Presencia de rasgos de personalidad con tendencia a ser estables en el tiempo.

La primera definición de difusión de identidad fue formulada por Erikson (1956), en referencia a las dificultades evolutivas de adolescentes con patología Borderline. Según Erikson, la difusión de identidad sucede en un contexto social en el cual se le pide al sujeto adolescente una adhesión adecuada al mundo adulto (intimidad física, elección laboral, competitividad y claridad de identidad). Esta exigencia activa en el sujeto identificaciones contradictorias, de manera que en cada movimiento adaptativo real se refuerzan ligaduras precedentes contradictorias y sus correspondientes identidades conectadas. La consecuencia es evitar cualquier elección, refugiarse en el aislamiento social y una percepción de vacío interior.

Según Fast (1974), la multiplicidad de identidades de la organización Borderline de la personalidad surge en el momento de transición evolutiva entre el narcisismo y la imposición de la realidad. Durante la fase narcisista, las identidades parciales se caracterizan por tener infinitas posibilidades y una intensa investidura libidinal. Cuando la realidad reclama respuestas adaptativas más allá de las capacidades del individuo, se activa en el Yo un movimiento regresivo que intenta estabilizar la identidad alrededor a un intento de especularidad narcisista recíproca. Esto determina la imposibilidad de disponer de auténticas relaciones objetales basadas en la intimidad física o psíquica. La relación objetal (que fija al objeto en un rol adecuado para satisfacer la exigencia del sujeto para estabilizar su propia identidad) se vuelve problemática cuando la excesiva dependencia o cercanía evocan angustias de fusión respecto al objeto, y consecuentemente la pérdida de cualquier identidad autónoma. La consecuencia es el rechazo de los lazos de dependencia precedentes, que a veces pueden conducir a la autoafirmación exasperada mediante adhesiones fanáticas a movimientos o causas, llevando a la paradójica fusión exultante generada por la fidelidad absoluta a un líder idolatrado. Alternativamente, el fracaso en las tentativas de reintegración defensiva de la identidad puede conducir a un estado de inmovilidad, en el cual el sujeto se aísla socialmente, se siente confuso respecto a la propia identidad, siente disminuir intensamente la autoestima y el interés por la realidad, y se siente lleno de vergüenza. Esto lleva a una vida a la deriva, a la fragmentación, y a la emergencia de temores narcisistas de reemplazo o recriminación por todas las grandes ocasiones perdidas.

Según Meissner (1984), el término identidad implica sobre todo una rebeldía ante la realidad externa de aquello que, visto desde la estructuración del mundo intrapsíquico del sujeto, estaría mejor conceptualizado como un problema del narcisismo y de la coherencia de sí mismo. En otras palabras, la identidad se refiere a las relaciones objetales y a la realidad social (y sus demandas de adecuación), mientras que la estructuración del mundo interno se describe en términos más adecuados refiriéndose a la coherencia y la estabilidad del sí mismo.

La delimitación semántica entre el sí mismo y la identidad es un punto crucial. Según Baumeister (1986), la identidad se refiere a las definiciones superpuestas que se imponen al Sí mismo. Este término, en su acepción estrictamente fenomenológica, se refiere a una amplia gama de experiencias subjetivas (sensaciones, pensamientos, estados de ánimo) a partir de la toma de conciencia del propio cuerpo, para llegar a la percepción de uno mismo como agente capaz de un comportamiento conscientemente intencional. Al lado de estos aspectos experienciales, las representaciones de sí incluyen las inferencias que la persona ha construido a partir de la experiencia: el conjunto de las concepciones de sí puede incluir cada aspecto de la experiencia vivida, y a partir de las características más ligadas a la personalidad (por ejemplo rasgos de timidez-sociabilidad o impulsividad-reflexión), llegar a la representación del propio rol social. Finalmente, la atribución de valor, dada por las representaciones de sí, define a la autoestima. En conjunto, todo lo comentado previamente, es parte de la identidad como vertiente objetivada y relacionada con el mundo social: lo que una persona es, sus roles y sus perspectivas están también determinados por la realidad humana que rodea a ese individuo, realidad que la otorga y atribuye aspectos de su propia identidad. Por lo tanto, las personas construyen activamente su propia concepción de sí, que forma parte de su mundo mental, pero al mismo tiempo se enfrentan a las representaciones de sí que vienen dadas desde fuera, con los cuales tienen un espacio variable de interacción. Por ejemplo, cuando los principios de una persona, vividos como justos y en armonía con la representación de sí, son percibidos por la sociedad como punibles: un adolescente que a través de su actitud y vestimenta realiza, según cree, una obra de crítica social, puede ser visto como un memo, mientras que un individuo convencido de servir a una justa causa y dispuesto a morir por ella, puede ser definido como un peligroso terrorista. Como subraya Baumeister (1997), estas concepciones tienen una larga historia y es posible que a partir del siglo XVI haya nacido el interés por las diferencias psicológicas entre los individuos y por la peculiaridad del mundo interno de cada uno, contra la uniformidad de la identidad derivada de una atribución social externa (Weintraub, 1978). Es factible que la identidad personal en la edad media estuviera totalmente absorbida por la identidad atribuida por la sociedad: deberes sociales según la clase social y ligaduras familiares, en un marco religioso que garantizaba la respetabilidad en este mundo y la salvación eterna en el otro, válidos para cada uno de los seres humanos. Como curiosidad académica, podríamos preguntarnos si la identidad social atribuida (esencial y capaz de dar sentido al individuo en la totalidad de su experiencia, tanto en la vida como después de la muerte, incluso mediante una concepción de la realidad universal fundada en valores religiosos) ha podido formar una representación del Sí mismo tan fuerte, o si más bien, tal problema no existía en la mayoría de los sujetos, puesto que eran una parte inseparable del todo social y, por lo tanto, no llegaban a una representación de sí en términos de individuos. Según el sociólogo Bauman (1995), la identidad es un producto de la modernidad, que se torna problemático porque tiene su origen en una profunda transformación de la visión de la naturaleza humana, que sucede cuando se pasa de la identidad entre los seres en cuanto portadores de un alma inmortal, fragmento de la divinidad, al hecho de que cada uno es diferente, portador de una psique individual (Lichtenstein, 1977). En la postmodernidad la situación se torna más opuesta aun a la del medioevo. La identidad, y la construcción de la misma, se han transformado en un hecho privado, del cual cada uno es responsable tanto para bien como para mal, en un contexto social en el que las instituciones que regulan la colectividad han sido desprovistas

de responsabilidad en ese sentido. De esto se deriva que las personas que logran alcanzar un equilibrio entre las exigencias de autonomía y de diferenciación interpersonal con las de dependencia y apego, están en condiciones de “navegar” entre los dos extremos de una individualidad extrema y una extrema integración social (Jørgensen, 2006). Bauman (2005) lo ilustra con una colorida expresión: “mientras que la individualidad completa parece una meta inalcanzable, la integración social actúa como un agujero negro que absorbe todo lo que se acerca demasiado”. Estas palabras parecen amplificar, transformándolo en un problema colectivo, un aspecto del desarrollo evolutivo, bien sintetizado por Margaret Mahler (1972) en su descripción de la subfase de reaceramiento del proceso de individualización-separación. La peculiaridad de esta subfase, que se sitúa alrededor del segundo año de vida (15-18 meses), señala el difícil equilibrio entre la necesidad de exploración (con la consiguiente activación de la angustia de separación) y la necesidad de seguridad y protección (con la consiguiente activación de la angustia ante el rechazo de la madre). Es significativo que Mahler (1971) haya señalado que la imposibilidad de resolver esta cuestión es un elemento importante de la patología Borderline de la personalidad, tanto desde el punto de vista patogénico como terapéutico.

Marcia (2006) ha hecho un intento de aclaración conceptual y terminológica, especialmente desde una perspectiva crítica a los debates sobre una excesiva asimilación entre los conceptos de Sí mismo e identidad, comparando las concepciones de Yo, Sí mismo e identidad. La identidad, según Erikson, es el cuarto de ocho estadios del desarrollo psicosocial, y se estructura en la adolescencia tardía, porque recién en esta etapa todos los componentes necesarios están disponibles. Las identidades previas pueden considerarse parciales y preparatorias, mientras que las variaciones de la identidad en el curso de la vida después de la adolescencia no son más que variaciones de las características adquiridas durante la adolescencia tardía. La construcción de la identidad implica la capacidad de poner en marcha un proceso exploratorio, autoreflexivo e integrador, para lograr el mejor equilibrio posible entre los propios recursos (según son percibidos por el sujeto) y las demandas, dotaciones y límites del ambiente. Previo a esta construcción de la identidad, está el rol jugado por los estados de identidad (Marcia, 1980), cuyas características dependen de la relación entre los procesos de exploración y el compromiso. La naturaleza de estos estados de identidad ha sido estudiada empíricamente y validada (Marcia y Col. 1993). Resumiendo, éstos son:

- Adquisición (*Achievement*): exploración eficaz, compromiso definido;
- Moratoria: exploración parcial, compromiso genérico y poco intenso;
- Bloqueo (*Foreclosure*): exploración ausente, compromiso según valores infantiles;
- Difusión (*Diffusion*): exploración ausente (o con múltiples tendencias), compromiso superficial y vacuo.

Esta última categoría muestra el máximo nivel de flexibilidad aparente y, por lo tanto, de adaptabilidad a los cambios en las condiciones ambientales, pero también evidencia el mayor nivel de psicopatología, puesto que el sujeto carece de la mayoría de las cualidades necesarias para construir una identidad adaptativa. Las formas más patológicas de difusión de identidad son la esquizoide y la Borderline. La primera comprende sujetos que tienden al aislamiento y que evitan el contacto social, privándose de situaciones que podrían ser útiles para explorar nuevas y mejo-

res soluciones. La segunda, si se la confronta con la descripción psicopatológica de los criterios de identidad del DSM para el TP Borderline, o con la descripción de difusión de identidad de Kernberg, genera un problema conceptual: la superposición entre el concepto de identidad y el de Sí mismo. El DSM describe el trastorno de identidad como “inestabilidad de la imagen de sí mismo o sentimiento de sí”, mientras que Kernberg habla de escisión entre representaciones positivas y negativas.

Si se confrontan las concepciones de Yo (metapsicología freudiana), Sí mismo (teoría de las relaciones objetales) e Identidad (Erikson), es posible llegar a algunas conclusiones que podrían contribuir a aclarar el problema de la verdadera naturaleza de la alteración de identidad en los pacientes Borderline.

El Yo permite cumplir las funciones basales de adaptación a la realidad (percepción, memoria, pensamiento, control motor, defensas, etc.) y es fundamental para la estructuración de cualquier otra agencia del aparato psíquico, incluyendo el Sí mismo y la Identidad. El Sí mismo nace y se desarrolla a partir de las primeras interacciones con el mundo humano (relaciones interpersonales) mediante procesos de interiorización, pero sólo puede estructurarse y desarrollarse gracias al funcionamiento del Yo. La Identidad (como ya se ha dicho, se forma en la adolescencia tardía) tiene una función prevalente de adaptación social y se desarrolla sobre la estratificación de identificaciones precedentes mediante la exploración de alternativas y el compromiso en áreas importantes de la vida. Las raíces de la identidad se implantan en parte en el Yo (según la teoría evolutiva de Erikson, el desarrollo del Yo es previo al de identidad) y en parte en el Sí mismo. Éste garantiza el sentimiento de existir, mientras que la identidad comprende quién uno es. La formación de la identidad, que no puede prescindir del desarrollo del Yo ni del Sí mismo, añade un elemento organizador de la experiencia, un medio por el cual el Sí mismo interactúa con la realidad social en función del agregado concreto de metas y fines.

Desde esta perspectiva, la patología de la identidad de la personalidad Borderline (ya sea entendida como organización o como trastorno) podría ser pensada como una incapacidad evolutiva en la progresión de estados de identidad hacia la identidad misma y, por lo tanto, el trastorno de identidad sería un problema de las representaciones de Sí mismo, tal como plantean Kernberg y el DSM, tal vez demasiado restrictivos. Por otro lado, la perspectiva de la identidad, que no puede prescindir del Yo ni del Sí mismo, permite comprender el trastorno de identidad desde la operatividad en la realidad (exploración y propósitos) y sus dificultades, un punto de vista menos estático que la reducción a los problemas de las representaciones de sí en términos de escisión.

La teoría de la identidad que acabamos de discutir, especialmente la referida a la validez de los constructos de estados de identidad, ha sido objeto de numerosos estudios empíricos. Una revisión de la literatura (Meeus *et al.*, 1999) ha mostrado que los aspectos teleológicos y unidireccionales de la teoría no se sostienen, sugiriendo que la teoría evolutiva no es satisfactoria. Sin embargo se ha logrado demostrar que a lo largo del desarrollo se observa una progresiva disminución de la difusión de identidad y del bloqueo, paralelamente a un progresivo aumento de la adquisición de identidad. Pero aún no se han logrado recoger elementos suficientes para demostrar cuáles son las transiciones preferenciales de un estado al siguiente. La investigación sobre la relación

entre estados de identidad y bienestar subjetivo ha demostrado que el bloqueo (además de la adquisición) se relaciona con una valoración positiva de sí mismo, pudiendo representar un punto de llegada para la identidad social, y en menor grado para la identidad relacional. La diferencia entre la identidad social y la relacional puede ser vista en términos de distinción entre áreas abiertas o cerradas de la identidad. Pero pese a no haber sido identificadas de manera fiable las vías preferenciales del desarrollo de la identidad, se ha podido verificar que una evolución lenta se correlaciona con un menor nivel de bienestar percibido.

Estas observaciones están en sintonía con los resultados de un estudio sobre la relación entre identidad, autoestima y mecanismos de defensa (Cramer, 1997), en el cual se encontró una correlación significativa entre crisis de identidad y activación de mecanismos de defensa. En particular se encontró una relación con las crisis del estado de identidad. Las personalidades realizadas y con su desarrollo concluido, correlacionaron con autoestima positiva, mientras que las no comprometidas (moratoria y difusión) correlacionaron con baja autoestima. Los estados de adquisición y bloqueo han sido considerados puntos de llegada estables, a diferencia de los estados de difusión y moratoria, puesto que los primeros implican una mayor estabilidad que la variable compromiso, verificando una tendencia progresiva hacia la estabilidad, desde la adolescencia a la edad adulta (Pulkkinen y Kokko, 2000).

En las páginas previas han sido presentados diferentes puntos de vista sobre la posibilidad de que la difusión de identidad de la organización Borderline de personalidad no sea un dato claro ni definitivo. Como el tema es muy complejo, a continuación se resumen los puntos principales:

- El concepto identidad no es unívoco, y se presta a muchas interpretaciones;
- La relación entre Sí mismo e identidad tiene varias definiciones: la identidad no es el Sí mismo, pero se relaciona estrechamente con él, y representa el componente objetivado que interactúa con la realidad social;
- La noción “difusión de identidad” remite inevitablemente a una conceptualización de identidad que, además de incluir al Yo y al Sí mismo, asegura que se instala en la adolescencia tardía;
- El concepto “identidad”, desde un punto de vista más sociológico que psicológico, si bien no puede generalizarse a la historia del desarrollo sociocultural de la humanidad, parece alinearse en el curso de la modernidad y acentuarse como un problema en la actualidad (postmoderna);
- Recurrir a categorías sociológicas, cercanas a las psicológicas, parece ser útil para una correcta atribución de los fenómenos al nivel de realidad a la que pertenecen: la historia del concepto “identidad” parece haberse transformado a lo largo de los siglos, pasando de categoría sociológica (atribuida por la sociedad a través de las instituciones) a categoría psicológica (competencia y responsabilidad del individuo, tanto respecto a sí mismo como a su posicionamiento en la sociedad), que en la actualidad implica la capacidad de desarrollar la propia autonomía en equilibrio con una sociedad que no diferencia más a los individuos, sino que tiende a amalgamarlos en un contenedor indiferenciado que, aparentemente, deja a cada uno la posibilidad de crear la propia identidad. Heinz Kohut (1977) comparó al hombre culpable (descrito por el psicoanálisis freudiano como consecuencia de un conflicto insuperable con una instancia normativa) con el hombre trágico (mejor comprendido por la psicología del Self, como perennemente confrontado a un sentimiento de insatisfacción, de sí mismo y de

sus obras). ¿Cuál puede ser la definición para el hombre post-moderno, que parece tener grandes dificultades en las relaciones consigo mismo, pese a disfrutar del aparente triunfo representado por el ejercicio de la libertad individual?

- La personalidad Borderline puede parecer un problema compuesto por elementos que no son mutuamente excluyentes: identidad, Self, adolescencia y las transformaciones sociales.

- Contribuciones de la investigación empírica

La investigación empírica sobre la difusión de identidad ha arrojado pocos resultados. En esta reseña se verán algunas contribuciones a favor de la alteración de la identidad tal como está definida en el DSM, que se retomarán en la sección de diagnóstico categorial. Los dos conceptos, difusión de identidad y alteración de identidad se asemejan, pero no son la misma cosa, y sobretodo se refieren a dos áreas diagnósticas que no pueden superponerse, la organización Borderline de personalidad y el trastorno Borderline de personalidad (TP Borderline).

Utilizando una entrevista estructurada sobre la difusión de identidad, Taylor y Goritsas (1994) han identificado dos dimensiones: la difusión nuclear de la identidad, referida a dificultades para elecciones afiliativas y para objetivos a largo plazo (correlaciona con el sentimiento crónico de vacío y aburrimiento y a dificultades en la vida afectiva), y la incertidumbre ideológica, referida a ideas políticas, roles de género y sexuales. Partiendo de los conceptos de Erikson sobre el desarrollo adolescente, Crawford *et al.* (2004) han estudiado la correlación entre los síntomas que indican la presencia de un TP (Borderline, Narcisista e Histriónico) y el desarrollo del bienestar psíquico, refiriéndose particularmente a la capacidad de experimentar la intimidad relacional, en una amplia población de adolescentes. La hipótesis de la investigación apuntaba a identificar dificultades en la construcción de la identidad, a través de la aparición de fenómenos relativos a los trastornos mencionados, y a buscar indicadores del desarrollo personalógico adolescente. Los resultados mostraron que las vivencias de sentimiento de bienestar estaban íntimamente relacionadas con la intensidad de los fenómenos psicopatológicos y que la capacidad de experimentar la intimidad relacional estaba inversamente relacionada con los síntomas psicopatológicos.

Dividiendo un grupo de sujetos con TP según criterios del DSM-III-R, diagnosticados por cuestionarios autoaplicados, según la presencia de alteraciones de la identidad según criterios para TP Borderline del DSM-III-R, y efectuando luego una entrevista diagnóstica estructurada, se concluye que el síndrome de difusión de identidad estaba presente en los pacientes con cualquier TP, mientras que en el grupo de pacientes sin diagnóstico de TP, la difusión de identidad estaba presente solamente en la mitad de los casos. No se encontró correlación entre difusión de identidad y trastornos del eje I, comportamientos suicidas, experiencias traumáticas infantiles ni valoraciones en relaciones infantiles (Modestin *et al.*, 1998).

Con el objeto de llenar una laguna en la investigación empírica sobre el argumento (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) han estudiado si el trastorno de la identidad según el DSM es un constructo singular, si permite distinguir a los sujetos con TP Borderline, y si, en este caso, identifica a los sujetos que han sufrido abusos sexuales. El instrumento de investigación, constituido por 35 indicadores, ha sido creado *ad hoc* y utilizado en clínicas que tenían a su cargo a los pacientes. El resultado ha mostrado que el trastorno de la identidad está compuesto por cuatro factores:

absorción por el rol (el sujeto tiende a describirse a sí mismo sólo en términos de un determinado rol); incoherencia dolorosa (con presencia de un sentimiento subjetivo de carencia de coherencia); inconsistencia (con presencia de una objetiva incoherencia en los pensamientos, estado de ánimo y acciones); e incapacidad de compromiso (por ejemplo, con los deberes y valores sociales). Todos estos factores, y particularmente la incoherencia dolorosa, servían para distinguir sujetos con TP Borderline. El trastorno en sí, además, permitía separar a los sujetos que sufrieron abusos y a los que no, con una influencia de la incoherencia dolorosa. Finalmente, los datos sostenían la hipótesis de la presencia de dos subtipos de Borderline: uno definido por la disregulación emocional y la disforia; y otro más definido por las características histriónicas.

2. Defensas

La difusión de identidad se basa en mecanismos de defensa primitivos, fundamentalmente escisión, acompañada de omnipotencia, idealización primitiva, desvalorización, negación primitiva e identificación proyectiva (Kernberg 1975, 1976, 1977a). Este elenco defensivo protege al Yo de conflictos internos manteniendo totalmente separados estados mentales contradictorios. El concepto de defensa primitiva se puede resumir en las siguientes funciones (Kernberg, 1976a, 1977b):

- Separación de los estados contradictorios del Yo;
- Estos estados se activan de manera alternante y, por lo tanto, son mutuamente excluyentes;
- Esto provoca ansiedad ante la percepción de representaciones afectivamente contradictorias de sí mismo o de los demás;
- El sujeto reconoce cognitivamente los diferentes estados del Yo y su contradicción, pero permanece ante esto afectivamente indiferente;
- Este estado de indiferencia afectiva limita la profundidad del funcionamiento del Yo en la relación con la realidad, ya que mientras lo protege, al mismo tiempo lo debilita;
- La escisión es el mecanismo defensivo central entorno al cual gira el resto, y se expresa sobre todo en la separación de estados afectivos contradictorios, polarizados en sentido negativo o positivo.

Este concepto ha sido recordado muchas veces en este capítulo, por lo que ya no se insistirá sobre ello a continuación. Las implicaciones clínicas de la escisión son (Akhtar e Byrne, 1983):

- Imposibilidad de hacer frente a situaciones conflictivas que implican tolerar estados mentales ambivalentes (percepción simultánea de aspectos positivos y negativos de sí mismo o de los demás), desplazándose en cambio hacia representaciones de tipo todo o nada de manera inestable y caótica;
- Oscilación de la autoestima, alternando representaciones grandiosas y otras totalmente infravaloradas;
- Dificultad para tomar decisiones cuidadosamente, persiguiendo de forma apasionada aquello que eventualmente puede ser rechazado o abandonado. La psicoterapia representa un paradigma de esta posición, oscilando entre una salvación absoluta y un elemento inútil y dañino al que hay que abandonar;

- Sintonía entre comportamientos impulsivos y sentimiento de placer, con tendencia a minimizar el propio sentido de la responsabilidad;
- Intensificación de las vivencias afectivas (la alegría se hace euforia y la tristeza desesperación).

El funcionamiento escisional, además de referirse globalmente a sí mismo o a los demás, puede investir aspectos parciales de sí mismo o de los demás. Un ejemplo paradigmático es la atribución negativa a partes del propio cuerpo, vivenciadas en términos persecutorios y a veces agredidas (cortes, quemaduras, mutilaciones).

La idealización primitiva está al servicio de la escisión, garantizando la magnificación de las cualidades positivas atribuidas a sí mismo o al objeto e impidiendo contaminar los estados mentales por cualquier aspecto negativo. Por ello, la incapacidad del sujeto Borderline para tolerar la ambivalencia afectiva, encuentra en el proceso de idealización una garantía de la unicidad de la vivencia afectiva, que a mayores, se ve amplificada. La idealización primitiva es la vía por la cual queda garantizada una relación objetal totalmente positiva, con una amplificadora intensidad de los estados mentales positivos conectados a ella. El enamoramiento hacia una persona extraordinaria, sin ninguna carencia, genera una intensa euforia. La calidad de la experiencia es una garantía de bienestar, pero en el momento en que el mecanismo defensivo cesa de actuar, vendrá por desgracia una experiencia totalmente negativa, también amplificadora.

Respecto a la desvalorización valen las mismas consideraciones ya formuladas sobre la idealización primitiva. El propósito es garantizar la distancia absoluta de aquello que se teme de forma intolerable. Si me considero especial, la garantía de poder considerar a los demás como absolutamente inferiores a mí refuerza la positividad de identidad, haciéndola inexpugnable. Es por tanto evidente que la idealización primitiva y la infravaloración refuerzan la escisión gracias a la exageración-magnificación de las cualidades y de las conexiones afectivas. Está íntimamente ligada a la omnipotencia, puesto que una representación grandiosa e hipertrófica del sí, necesariamente implica la desvalorización del objeto (especialmente cuando existen componentes narcisistas).

La negación primitiva consiste en la falta de reconocimiento de la contradicción entre los estados del Yo. Al evitar eficazmente tomar conciencia sobre la artificiosidad de los estados conectados a la idealización y a la infravaloración, es un pilar que refuerza la escisión. Gracias a la negación primitiva es posible tener conocimiento cognitivo de la presencia de relaciones objetales contradictorias y de estados mentales opuestos a esas conexiones sin percibir ninguna implicación respecto a aquello, como si atañese a otra persona. Esta defensa se puede equiparar a la *belle indifférence* en cuanto su acción permite a los sujetos Borderline vivir con distanciamiento situaciones angustiantes, dolorosas o peligrosas. Esta indiferencia puede referirse también a la relación con el propio cuerpo, sobretodo en situaciones en las que el sujeto se ha causado lesiones o mutilaciones pero mantiene la actitud de un observador imparcial.

La identificación proyectiva es un mecanismo protector complejo, cuya descripción en la literatura psicoanalítica está sujeta a cierto grado de variabilidad. Opera a través de una secuencia de fases. (1) Aspectos de la representación de sí percibidos como inaceptables para la coherencia de la representación global de sí y, por tanto, fuente de contradicciones y conflictos internos generan el impulso a expulsarlos. (2) Los contenidos expulsados son puestos en otra persona, percibida

al mismo tiempo como una parte de sí y un objeto. El receptor de los contenidos en cuestión se ve por tanto inducida por el sujeto agente a comportarse según la proyección de la que es objeto. Ogden (1979) ha subrayado que un aspecto fundamental de la identificación proyectiva consiste en la presión mental ejercida sobre el receptor, que le lleva a pensar, sentir y actuar coherentemente con los contenidos que se le atribuyen (inducción). (3) Si el receptor se somete al efecto de la inducción, el sujeto que ha operado la proyección sigue experimentando la necesidad de tener al otro bajo control, pero sin poder reintroyectar los contenidos de su propiedad; pero si el receptor se libera del control y genera una respuesta más evolucionada, y por tanto más adaptativa, el sujeto podrá reintroyectar los contenidos anteriormente considerados como inaceptables (gracias al modo de actuar del otro, el sujeto ha podido experimentar una forma de afrontar la relación desde una perspectiva más amplia del Si mismo, que incluye los aspectos antes considerados inaceptables). El sujeto Borderline tiene probablemente la capacidad de usar esta modalidad de funcionamiento mental y relacional con personas percibidas como receptores potenciales (Carter y Rinsley, 1977). La identificación proyectiva es importante en la relación terapéutica, sobre todo al inicio, cuando es muy difícil sintonizar la exigencia consciente e inconsciente del paciente con aquello que el terapeuta ofrece, pues la expectativa es grandiosa e irreal, mientras que la respuesta del terapeuta es limitada y real. El sujeto Borderline suele albergar expectativas que exceden las competencias del interlocutor y éste se propone evidentemente como figura de ayuda humana y profesional. Pero si las expectativas son de aceptación y comprensión absolutas, incluyendo el amor salvador, la discrepancia entre los dos mundos mentales es insalvable. Estas expectativas omnipotentes pueden ser inconscientes, y el sujeto Borderline puede creer que sólo quiere ser tratado de una patología sobre la cual está bien informado. Pero estos componentes irreales actuarán independientemente del conocimiento y de la voluntad del sujeto e influenciarán en el funcionamiento mental del interlocutor. En este tipo de situaciones, la identificación proyectiva puede operar en diferentes direcciones. Si se trata de expectativas de aceptación, comprensión, amor, redención o similares, que no pueden ser adecuadamente controladas ni satisfechas por el sujeto, en cuanto crean constantemente un estado de desequilibrio interior entre las representaciones realistas de sí y las idealizadas, la inducción sobre el otro tenderá a hacer que éste encarne a la identidad idealizada. Y es aquí cuando el terapeuta podrá verse inducido a sentirse más disponible y acogedor de lo que estaría usualmente. Por ejemplo, podrá tener en mente proponer un cierta frecuencia a los encuentros terapéuticos, en armonía con la representación de si mismo que el paciente le proyecta, de las propias competencias y de como esto puede satisfacer la exigencia del paciente. A su vez el paciente nutrirá la fantasía de ver al terapeuta todos los días, considerando esta frecuencia adecuada. La identificación proyectiva puede inducir en el clínico la tentación de proponer una mayor frecuencia de sesiones aunque en un principio no lo creyese conveniente. Obviamente, el tipo de respuesta del terapeuta dependerá a su vez del tipo de resonancia suscitada en el interior de la dinámica y problemática de su propio aparato psíquico. Las dudas sobre su propia capacidad humana (“¿soy de verdad capaz de comprender el sufrimiento de este paciente?”) o profesional (“¿tengo en verdad la competencia técnica para ayudar a este paciente?”), podrán hacer que el terapeuta se adecue a aquello que el paciente le ha inducido. Sin embargo si hay un cierto conocimiento del rol que le tocaría jugar en este mecanismo, el terapeuta podrá operar de manera tal que permita al paciente tomar mayor conciencia de lo que está sucediendo en la relación terapéutica: “no estoy seguro de satisfacerle ofreciéndole

esta forma de ayuda, porque el sufrimiento mental que usted experimenta, las dificultades de su vida (actual y pasada), podría hacerle creer que necesita una intervención distinta, más fuerte incluso... si es así, y aunque lo que le propongo no le satisfaga, le pido que me diga su punto de vista explícitamente, a fin de que yo tenga conocimiento y podamos llegar a un acuerdo...". Inversamente, la agresividad experimentada ante el terapeuta por el sujeto Borderline puede ser proyectada sobre él, induciéndolo a actuar (por ejemplo reprender y rechazar) conductas que en realidad nacen de los estados mentales experimentados y no tolerados del propio paciente.

En cada caso, la identificación proyectiva tiende a debilitar el aparato psíquico, pues crea confusión entre las representaciones de sí mismo y las del objeto, e induce a un control de la persona sobre las que proyecta sus estados, reforzando así una forma de dependencia estática y paralizante, en la cual el sujeto que puso en movimiento el mecanismo corre el riesgo de reforzar constantemente las cualidades negativas de la representación de sí mismo, depositando en cambio las cualidades positivas en el otro, constantemente idealizado (Grotstein, 1981).

- Aspectos problemáticos de la escisión

La existencia de un aparato defensivo en un nivel escasamente evolucionado, y por tanto desadaptativo, es un elemento estructural de la personalidad Borderline subrayado por muchos autores, que no siempre han compartido el constructo propuesto por Otto Kernberg. Los problemas fundamentalmente son dos: el propio concepto de escisión y la escisión como mecanismo específico de defensa.

En una revisión sobre el tema, Pruyser (1975) ha criticado el significado excesivamente “quirúrgico” del concepto “escisión”, capaz de describir un estado pero incapaz de explicar los fenómenos caracterizados en el proceso. Estas críticas se basan en que se considera a la psique como un objeto con características espaciales definidas en lugar de definirla como un todo de eventos simultáneos, en continuo movimiento y organización *in vivo* y en continuo intercambio con el ambiente y sus cambios, para mantenerse en equilibrio con el mismo.

Un aspecto problemático referido a la escisión como mecanismo de defensa concierne a la relación entre la escisión como defensa predominante en la configuración Borderline de personalidad del adulto y la escisión como modalidad estructurante durante una fase del desarrollo infantil, en el período comprendido entre el octavo y trigésimo mes de vida (ver figura 2). Kernberg afirma: “la fijación patológica y/o la regresión a este estado de desarrollo de las relaciones objetales interiorizadas determina la organización Borderline de la personalidad” (1976, pág. 65).

Es importante preguntarse, ante todo, si un mismo término se corresponde con mecanismos mentales equivalentes pese a sus diferencias evolutivas, o si describe dos mecanismos diferentes, en cuyo caso, la confusión terminológica viene en detrimento de la claridad de la teoría. Una crítica frecuente a la teoría clínica psicoanalítica, referida a la explicación de fenómenos patológicos del adulto a través de la fijación o la regresión a fases infantiles del desarrollo, señala que la interpretación del desarrollo infantil como equivalente al estado mental patológico del adulto es inexacta, y, por lo tanto, errónea (Bemporad, 1980). Se critica que las observaciones realizadas en sujetos patológicos adultos son arbitrariamente volcadas sobre su infancia, transformando el proceso patológico del adulto en un momento del desarrollo normal, e interpretándolo como

fijación o regresión a la correspondiente fase evolutiva. Si esto fuese cierto para la escisión, ésta no tendría valor explicativo sobre el desarrollo infantil. La teoría evolutiva de Kernberg tiene notables diferencias con la teoría evolutiva de Melanie Klein. Kernberg no niega la influencia de Klein sobre su pensamiento, pero también ha sabido marcar su distancia (Kernberg, 1967). Meissner (1984) sugiere que Kernberg trasladó al lenguaje de la psicología del yo la descripción kleiniana de las posiciones esquizoparanoide y depresiva.

Klein desarrolló su teoría evolutiva a través de la interacción terapéutica con niños, lo que le permitió focalizar su atención en las alteraciones afectivas infantiles, en particular a los cambios radicales de estados de felicidad y satisfacción a estados de ansiedad persecutoria y depresión. Desde la metapsicología freudiana estos estados son vistos como parte de la dualidad pulsional (amor-odio, *eros-tanatos*), en cuyo interior se estructura la configuración primaria de las relaciones objetales (madre como objeto parcial, pecho bueno-malo) y de los estados afectivos relacionados. Esta configuración relacional, denominada por Klein “posición esquizoparanoide” (Klein, 1946), sucede en los primeros meses de vida y se caracteriza por la presencia de un Yo rudimentario oscilante entre estados de cohesión y de fragmentación, que pone en escena mecanismos de defensa de escisión, idealización, omnipotencia e identificación proyectiva, cuya finalidad es evitar la devastadora angustia del encuentro entre el objeto de cualidad libidinosa y el objeto de cualidad destructiva, una angustia debida al riesgo de perder al objeto bueno por el efecto devastador del objeto malvado. Según Klein las operaciones defensivas ejercidas en las confrontaciones ante el objeto tienen un correlativo en el Yo, a su vez escindido y polarizado en bueno y malo. Obviamente, esta es una síntesis muy esquemática y reduccionista de aspectos centrales del pensamiento kleiniano. Ahora bien, es importante comprender un aspecto central: pasar de un mundo escindido, tanto del Objeto como del Yo (en el que éste intenta constantemente salvaguardar el componente libidinoso a través de una compleja dinámica de introyección y proyección), hacia una relación con un objeto completo, centrada más sobre el amor que sobre el odio, es en gran parte un asunto del mundo intrapsíquico. El yo del niño kleiniano, de hecho, parece estar mucho más en relación con el mundo interno, biopsíquico, de las pulsiones y de sus insalvables contraposiciones, que con el mundo de las relaciones objetales reales. Este último parece de hecho el continente pasivo de proyecciones e introyecciones procedentes del mundo intrapsíquico, más que el vehículo de la construcción del mundo mental interno a través de una relación constructiva con la realidad. Y es precisamente desde este punto del que parten las críticas de quienes, como Winnicott y Bowlby, han postulado que no existe mundo interno sino a través de la relación con el mundo externo, y que la calidad de la relación con el mundo externo contribuye, para bien o para mal, a la construcción del mundo interno y de su adaptación, cuando menos, a la realidad.

El Yo del niño kleiniano, ante la irreductible dualidad de las pulsiones, debe recurrir a mecanismos de defensa como la escisión para salvaguardar al Yo y a sus relaciones con el objeto en función de la construcción de una realidad unitaria, lo cual no es tan diferente a la posición de Kernberg. En el párrafo referido a los afectos, cogniciones y desarrollo de la personalidad, se ha resumido la teoría evolutiva de Kernberg, basada en los afectos (y su dualidad fenomenológica) y no en las pulsiones (que se estructuran en el tiempo a través de la evolución de las relaciones objetales). Los afectos son indicadores de la calidad de la relación con el objeto real según su

capacidad para satisfacer las exigencias del niño: en esta concepción prevalece la relación con la realidad y no con el mundo interno. Si esto es así, la escisión no puede representar una etapa fundamental en el desarrollo del Yo desde el interior de las relaciones objetales, sino que debe ser un mecanismo transitorio de adaptación a las dificultades que plantea el ambiente. Por lo tanto la fase evolutiva que Kernberg describe como propia de la escisión, y a la que se refiere, en términos de fijación o regresión, cuando describe la organización Borderline de la personalidad, debe ser vista en otros términos.

En una concepción del desarrollo del Yo alejada de la kleiniana (Greenspan, 1989, pág. 34), se describe el comportamiento del niño en la relación terapéutica de juego: “cuando estoy envuelto en el juego terapéutico con un niño de doce o trece meses y el niño se enfada, es como si en ese momento tuviese en la mano una pistola y quisiera dispararme. Esto es muy similar a lo experimentado ante un paciente Borderline adulto, incluso si en la relación entre los estadios de la infancia y la patología del adulto no es tan fácil representar una expresión directa de la analogía del comportamiento o de una función entre una edad y la otra (de hecho, es bastante habitual una capacidad precoz que no se estructura sólidamente o que se estructura de manera vulnerable, y que influye en los estados sucesivos en términos de organización, estabilidad y contexto). Cuando eres el objeto malvado, no es posible para el niño tener al mismo tiempo una relación contigo como objeto calmante y confiable. En ese momento tú eres completamente malvado. Un niño de dieciocho meses puede hacerte sentir su rabia, pero también te hace sentir como objeto amado, fuente de dependencia y seguridad, te sientes más como ante paciente neurótico. Hay rabia, pero el substrato de seguridad y racionalidad está siempre presente”. Esta descripción dibuja una situación en la que un niño de aproximadamente un año, en un momento conflictivo con la realidad, parece operar de forma escisional, mientras que un niño de año y medio, en una situación análoga, es capaz de mantener la integridad de la representación del objeto, pese a estar ofuscado por una activación de emociones negativas. Sin embargo, lo que hace pensar en una modalidad escisional en un niño de casi dos años es la presencia de una integración del Yo inestable, que asume un estilo defensivo, estabilizándose, acaso en presencia de intensas modalidades conflictivas de relación con la realidad. En otras palabras, esto, que en un ambiente facilitador del desarrollo se entiende como una escasa capacidad de integración del Yo, en un ambiente que dificulte el desarrollo, probablemente se convertirá en una actitud defensiva estable, más similar a la escisión propia del adulto. Esta modalidad de razonamiento permite integrar dos perspectivas evolutivas: la que considera nocivo el déficit ambiental y la que enfatiza el rol central que juega el paciente en el conflicto (Greenspan, 1989). De hecho, si el ambiente ejerce un rol facilitador (en el momento evolutivo en que el Yo infantil no es todavía capaz de integrar modalidades de relaciones objetales caracterizadas por cargas afectivas opuestas) las cargas afectivas opuestas se organizan de forma secuencial ante la misma realidad, como dos momentos distintos que se alternan en el tiempo. Si, por el contrario, la respuesta del entorno tiende a crear situaciones conflictivas, es evidente que el Yo infantil estará obligado a replegarse organizándose defensivamente en torno a dos polos racionales, “espacialmente” separados y estables. En este sentido, lo que en realidad representa un antes y un después, el paso de un estado afectivo al otro en la relación con un mismo objeto, deviene en la polarización de los afectos en dos estados estables, implicando la escisión espacial del objeto y del Yo. Las dinámicas deficitarias y conflictivas tienen

una profunda interacción. Por un lado, el déficit crea inexorablemente conflictos, generando reacciones afectivas intensas e incontroladas respecto al objeto que niega la satisfacción de las necesidades vitales. Por otra parte, los conflictos crean déficit, porque interaccionan negativamente con la estructuración de un Yo que: (a) no ha alcanzado un suficiente nivel evolutivo como para afrontar el conflicto; (b) no ha desarrollado sus capacidades cognitivas o representacionales; y (c) no es autónomo ante el objeto (necesidad de dependencia, de protección respecto del objeto con el que mantienen una activa, intensa y conflictiva relación).

Gunderson (1984, 1987) propone un modo interesante de resolver el nudo crucial y problemático de la escisión, formulando una hipótesis de los sujetos Borderline más dinámica que estructural. Sostiene que la mutabilidad y el polimorfismo de los fenómenos clínicos que caracterizan al Borderline son debidos al modo en que se estructura la relación con aquello que se define como “objeto primario”. Con este término se entiende la relación con una persona cuya presencia es percibida como necesaria. Según la positividad o negatividad de la relación, es posible identificar tres niveles de funcionamiento. El nivel I, que coincide con un funcionamiento cualitativamente mejor, se tiene cuando el objeto está presente y asume una función de soporte. Esto permite la activación de componentes dependientes de estilos depresivo-masoquista de la identidad, acompañados sin embargo de una tensión latente derivada del miedo al abandono o de insatisfacción en la confrontación con el otro. El nivel II se activa en el momento en que realmente se manifiestan los problemas y situaciones tan temidos en el nivel I: rabia, reivindicación y manipulación, acompañadas de intensa angustia de abandono, facilitadas por la activación de comportamientos controladores, hostiles y extorsionadores. Es en este nivel donde aparece lo que Kernberg define con el término de escisión, y al cual Gunderson aporta una visión diferente: de hecho, el paso a través de una imagen negativa del objeto, acompañado de los estados mentales problemáticos descritos, no es considerado como una negativización de un objeto previamente idealizado, sino más bien un modo de mantener el contacto con el objeto en su realidad concreta. En otras palabras, la diferencia fundamental entre los dos puntos de vista es el nivel de la realidad en el que se desarrolla la relación: según Kernberg la relación real viene siempre encapsulada en el juego de las relaciones entre objetos internos, y cuando no funciona se activan mecanismos como el paso de la idealización a la denigración; mientras que según Gunderson el paso de una visión positiva a otra negativa está fuertemente ligada a eventos reales y tiene por tanto su valor adaptativo. Como ya se ha afirmado, los estados anímicos de rabia, reivindicación y similares son funcionales para mantener el control en la relación con el objeto real. Insistiendo en este aspecto, Gunderson señala que el concepto abstracto de escisión impide coger el sentido de lo que acontece en el contexto de la vida real del sujeto. Otra crítica, además, se refiere al hecho de que las observaciones clínicas no avalan un aspecto fundamental del mecanismo de escisión, referido a la estrecha relación entre la representación del Objeto y la del Sí mismo y al hecho de que cambios en una implican cambios en la otra. Finalmente, respecto a la pregunta sobre el motivo por el cual el objeto “malvado” no es abandonado, cuya respuesta es la necesidad de control del mismo, Gunderson postula otra posibilidad: se protege la relación de objeto porque en ella, aun en presencia de profundas frustraciones, está presente un núcleo de positividad. Esta hipótesis otorga al sujeto Borderline la capacidad de mantener una área relacional transicional en cuyo interior el Objeto no pierde su valor como fuente de tranquilidad psicológica.

En el nivel III, en el que se experimentan los cuadros de abandono más intensos, la respuesta del sujeto Borderline es variable (síntomas psicóticos transitorios, síntomas disociativos transitorios y actos impulsivos) y, aunque parezca lo contrario, tienden a proteger la relación objetal. De hecho, los actos impulsivos tienen la finalidad de atenuar el pánico al abandono y de generar una oportunidad para el contacto social, aunque sea distorsionado, como la promiscuidad sexual, mientras que los fenómenos disociativos o psicóticos lo alejan de la realidad con la finalidad de no tener conciencia de la pérdida del objeto.

Este punto de vista está en línea con el de Giovacchini (1975, 1979), quien ha expresado perplejidad ante el concepto escisión, desplazando la atención hacia la falta de articulación y organización jerárquica entre niveles de funcionamiento mental en los sujetos Borderline. Tal carencia sería explicada por la fijación a un estado de funcionamiento transicional de la mente, todavía incapaz de articular de forma clara la relación entre el mundo externo y el interno, pese a ser capaz de separar las representaciones de estas dos realidades (cosa que no ocurre en la psicosis). El objeto transicional (Winnicott, 1971) tiene la función de crear una unión entre la realidad interna y externa, y tiene por tanto una gran importancia en el desarrollo psíquico infantil. Sin embargo, un funcionamiento transicional en el adulto tiende a generar un estado caótico, como el que se observa en los sujetos Borderline: la psique oscila entre dos mundos a los que no logra organizar según sus características y en su propia proporción. Pero esta incapacidad de organizar diferentes experiencias relacionales, y por tanto la no integración de relaciones objetales, es diferente a la escisión del Yo, vivida como un gran peligro por el sujeto Borderline, que se siente constantemente amenazado por un sentimiento de inestabilidad interior y por el colapso del propio aparato psíquico (Visconti y Petrini, 2007).

Partiendo de un punto de vista teórico que considera como agencia psíquica de relación al Sí mismo más que al Yo, Fonagy *et al.* (2002) consideran la escisión como un mecanismo defensivo importante en la personalidad Borderline, insertándola en un constructo conceptual que considera el déficit de mentalización como una problemática fundamental, incluso dentro de una perspectiva evolutiva y etiopatogénica en la personalidad Borderline. Esto no es un detalle sin importancia, puesto que la teoría psicológica sobre la que Kernberg construye el diagnóstico estructural se refiere al Yo y considera al Sí mismo como un conjunto de representaciones dentro del Yo, estrechamente conectado al conjunto de las representaciones objetales (Kernberg, 1984). Mientras que referirse al Sí mismo como tal, significa desplazar la atención hacia el Sí mismo como agente y a su historia evolutiva (Bateman y Fonagy, 2004). Las líneas evolutivas del Sí mismo se desenvuelven en el interior del ambiente humano contextualizado por las relaciones de apego, en el seno de las cuales ocurre el desarrollo cognitivo, cualidad a su vez dependiente de las características de dichas relaciones de apego. El apego, de hecho, influye sobre el desarrollo de la inteligencia social y sobre la capacidad de atribuir significado al comportamiento, interpretar el comportamiento de otros seres humanos, sobre todo en situaciones biológicamente significativas (Bogdan, 1997). La capacidad de atribuir un significado al comportamiento reside en la comprensión de la intencionalidad, en la representación del otro como un sujeto capaz de estados mentales (ideas, emociones, deseos) que se traducen en comportamientos (Dennett, 1987). La función interpretativa interpersonal (FII) es una cualidad operativa de orden superior a través de la cual se procesan las experiencias que se suceden en el tiempo y mediante la cual se

regulan las emociones, se focaliza la atención y se desarrolla la capacidad de mentalización. Su resultado final es garantizar que el sujeto singular colabore productivamente con los otros, que puede definirse como intencionalidad compartida, entendida como la capacidad de compartir activamente con otros seres humanos intenciones y objetivos. Parece constituir la diferencia crucial entre el ser humano y otras especies, y ser la base de la cultura y también de su evolución a lo largo del tiempo (Tomasello *et al.* 2005). Los sujetos Borderline presentan déficit en la regulación de las emociones, en el control de la atención y en la capacidad de mentalización, probablemente a causa de una disfunción en las primeras relaciones de apego. De hecho, si el niño es puesto en una situación en la que le sea difícil, o imposible, interpretar de manera coherente la intencionalidad de la mente y del comportamiento de los otros, se encontrará en una situación que dificulta el desarrollo de su propia capacidad de mentalización. Gergely (2000) ha sugerido la hipótesis de que en las situaciones de abuso, en las que para la mente infantil es imposible organizar de modo coherente la representación del otro y de su intencionalidad, la escisión representa un mecanismo defensivo de auto-conservación del Sí mismo. Paradójicamente, se obtiene coherencia representacional a través de una manipulación de la representación de la realidad, y el hecho de que esto ocurra es en sí mismo un indicador del nivel evolutivo de una mente (que opera sobre sí misma creyendo que opera sobre la realidad) carente de capacidad reflexiva. Si, por el contrario, tuviera esa capacidad, tendría la posibilidad de mantener la propia coherencia representacional frente a la incoherencia de la realidad. Una cosa es reconocer que la realidad sea incoherente respecto de las propias expectativas, sin que esto mine la coherencia interna de la propia mente, y otra el no poder reconocer la incoherencia de la realidad sin ver minada la coherencia de la mente propia. En el primer caso, la mente se puede permitir ampliar las propias perspectivas, quizás con esfuerzo, mientras que en el segundo caso, la ausencia de correspondencia entre las expectativas propias y la realidad genera una manipulación de la propia representación de la realidad, sustituida por la realidad interna. Es en este sentido que una figura significativa cuyo comportamiento sea incomprensible, por ser contradictorio respecto a las expectativas, se deberá escindir en un componente idealizado y otro denigrado: la relación con la figura que coincide con la expectativa se mantiene gracias a la creación de una figura ilusoriamente positiva con la que mantener una relación intachable. Obviamente, esto reduce la capacidad de adaptación al mundo real, no resolviendo el problema real, sino un modo ilusorio de conservar la propia coherencia interna y una relación tolerable con la realidad. Se ampliará el rol del apego en el capítulo acerca del trastorno Borderline.

- Contribución de la investigación empírica

Las hipótesis sobre el funcionamiento defensivo de los sujetos Borderline han estado sometidas a la criba de los estudios empíricos que han estudiado, con diferentes instrumentos y objetivos científicos, a sujetos con diversa tipología.

El primer estudio significativo es el naturalista de Perry y Cooper (1986), en el cual se compararon sujetos con TP Borderline, TP Antisocial y T Bipolar Tipo II, con entrevistas psicodinámicas enfocadas a la valoración de los mecanismos defensivos dominantes. Se identificaron dos niveles defensivos: Borderline (escisión e identificación proyectiva) y Narcisista (denigración, omnipotencia, idealización y negación incongruente con el humor), pero resultaron insuficientes para

diferenciar a los tres grupos diagnósticos. Respecto a los conflictos fundamentales, los sujetos Borderline estaban caracterizados por la presencia de problemáticas de separación y abandono, y por una dificultad global para afrontar las necesidades emocionales, sobre todo la rabia. Era en efecto más fácil distinguir los grupos diagnósticos mediante los conflictos que presentaban los sujetos de un determinado grupo que mediante los mecanismos de defensa que empleaban.

Uno de los instrumentos más utilizados para la valoración de las defensas, el “*Defensive Style Questionnaire*” (DSQ, Bond *et al.*, 1983; Andrews *et al.*, 1989, 1993) es utilizado para determinar si las defensas que distorsionan la imagen (escisión, omnipotencia, denigración, idealización primitiva) son las más habituales en los sujetos Borderline. Los datos de la prueba (autoaplicada) no permitieron discriminar a los sujetos Borderline de los otros tipos en la mayoría de los casos (Bond, 1990).

El mismo instrumento ha sido utilizado en otras investigaciones que mostraron que los sujetos Borderline usan más defensas desadaptativas que distorsionan la imagen que los sujetos no-Borderline, siendo además menos capaces de utilizar defensas más maduras (Bond *et al.*, 1994). Otro estudio, al comparar sujetos con diversos TP, sujetos neuróticos y un grupo control, demuestra que los primeros utilizan de manera significativamente mayor la omnipotencia, denigración, escisión, negación, aislamiento e identificación proyectiva (Sammallath y Aalberg, 1995). Paris *et al.* (1996), con el DSQ, ha mostrado la significativa tendencia de sujetos con TP Borderline a utilizar defensas desadaptativas y a distorsionar la imagen más de lo que lo hacían sujetos con un TP no-Borderline. El bajo nivel defensivo del Borderline correlacionó además con el nivel de hostilidad. Por su parte, Devens y Erickson (1998) demuestran la correlación entre el nivel de patología Borderline y el uso de defensas inmaduras, demostrando además una covarianza con el género sexual.

En un estudio más sofisticado, y con el mismo instrumento (Koenigsberg *et al.*, 2001), se ha valorado la influencia de dos rasgos de posible derivación biológica (inestabilidad afectiva e impulsividad agresiva) con la utilización de mecanismos de defensa en sujetos con TP Borderline. La inestabilidad afectiva correlacionó significativamente con algunos criterios del TP Borderline según el DSM-III (trastorno de la identidad, sentimiento crónico de vacío y hastío, rabia inapropiada, comportamientos suicidas y oscilación del humor) y con mecanismos de defensa inmaduros (escisión, proyección, *acting-out*, pasividad agresiva, fantasía autística y anulación). La impulsividad agresiva correlacionó positivamente con la inestabilidad de las relaciones interpersonales, rabia inapropiada, comportamientos impulsivos y al *acting-out* como defensa; y negativamente con represión y formación reactiva. Utilizando el método de los prototipos de personalidad, se ha puesto en evidencia que los sujetos con TP Borderline, TP Narcisista, TP Histriónico y TP Psicópata tienden a usar mecanismos de defensa inmaduros (Cramer, 1999).

Combinando la evaluación de las defensas utilizando la Escala de Valoración de Mecanismos de defensa (*Defense Mechanisms Rating Scale*, DMRS) con un tratamiento psicoterapéutico de orientación psicodinámica durante un año, se ha evidenciado que los sujetos con TP, especialmente Borderline, utilizan de forma prevalente defensas inmaduras. Niveles altos de funcionamiento defensivo garantizan la adherencia al tratamiento durante un año con alta frecuencia semanal, aunque este dato puede haberse obtenido por un efecto de confusión (Perry, 2001).

Recientemente, Chabrol y Leichsenring (2006), en una muestra de adolescentes, evidenciaron la existencia de una correlación entre difusión de identidad, mecanismos de defensa de bajo nivel, inestabilidad de la prueba de realidad y rasgos psicopáticos (insensibilidad e impulsividad).

Algunos estudios han utilizado instrumentos psicodiagnósticos proyectivos (Gacono *et al.*, 1992; Blais *et al.*, 1999a; Leichsenring, 1999), comparando varios tipos de poblaciones clínicas y obteniendo resultados significativos respecto a la relación entre perfiles diagnósticos y mecanismos de defensa. En particular, el estudio de Leichsenring, focalizado en la escisión, ha mostrado correlación entre ésta, la difusión de identidad y otras defensas de bajo nivel.

Finalmente, algunas investigaciones se orientaron hacia la creación y validación de instrumentos diagnósticos derivados de la concepción de Kernberg. En un estudio relativo al desarrollo de un instrumento diagnóstico autoaplicado, derivado de la concepción de Kernberg sobre la organización Borderline de la personalidad, el Inventario de Personalidad Borderline (*Borderline Personality Inventory*, BPI), se ha evidenciado la posibilidad de identificar un punto de corte que coincide con el diagnóstico categorial de TP Borderline según el DSM. En este instrumento, uno de los factores es representado por mecanismos defensivos (Leichsenring, 1999). Análogamente, dos estudios sobre las características psicométricas del Inventario de Organización de Personalidad (*Inventory of Personality Organization*, IPO), un instrumento basado en la concepción estructural de Kernberg, han demostrado empíricamente las características de la misma (Lenzenweger *et al.*, 2001).

El interés por la comprensión del uso de mecanismos de defensa se ha desarrollado, si bien en menor medida, también entre investigadores de orientación cognitiva. Si bien en este caso, el objeto de estudio ha sido el pensamiento dicotómico, que es un estilo cognitivo muy similar a la escisión. Veen y Arntz (2000) han evidenciado que los sujetos Borderline usan el pensamiento dicotómico de forma más intensa y claramente diferenciable de sujetos con otros TP e individuos control. Sin embargo, el fenómeno es complejo puesto que no es unidimensional como la escisión, sino multidimensional, en el sentido de que los otros son descritos en términos extremistas, pero mixtos.

3. Examen de realidad

Este criterio estructural es muy útil para diferenciar la organización psicótica de la organización Borderline. Se articula en los siguientes niveles (Frosch, 1964, 1970): adaptación social, sentimiento de realidad y prueba de realidad. Esta última es una función del Yo que se caracteriza por las siguientes capacidades (Bellak, Hurvich y Gediman, 1973): distinción entre sí mismo y lo que no es sí mismo; distinción entre ideas e imágenes (estímulos intrapsíquicos) y percepciones (estímulos externos) y valoración de pensamientos, afectos y acciones a la luz del contexto social.

La adaptación a la realidad social de los sujetos Borderline es superficial y discontinua. Suelen tener periodos de adaptación satisfactoria a nivel relacional, afectivo y laboral, que alternan con fases de crisis en las cuales todo lo que parecía haberse adquirido se pierde de pronto o se halla en serio peligro de perderse. Comparados con sujetos afectados por otra patología, los sujetos Borderline muestran adaptación social y laboral inferior (Pope *et al.*, 1983) y elevados niveles de estrés relacional y conflictos interpersonales (Daley *et al.*, 2000). Globalmente, la calidad de vida de los sujetos Borderline es baja (Cramer *et al.*, 2006).

El sentimiento de realidad, que pertenece a la experiencia subjetiva de la relación con la realidad en sus componentes emotivos y que pone en evidencia el sentimiento de pertenencia a la realidad externa, así como a la psíquica y corpórea del individuo, puede estar alterado por la presencia de fenómenos disociativos, usualmente unidos a experiencias de despersonalización y desrealización.

La prueba de realidad tiende a estar conservada completamente, con excepción de estados transitorios en los que el sujeto está bajo los efectos de eventos estresantes de orden psicológico (por ejemplo, momento de crisis en una relación afectiva significativa) o físico (consumo de sustancias psicoactivas). Tras estos episodios transitorios de síntomas psicóticos suelen recuperar rápidamente el nivel usual de funcionamiento mental. Si esto no ocurriese, el diagnóstico de organización Borderline de Personalidad deberá ser puesto en duda, siendo necesario indagar de forma más profunda los elementos que puedan sugerir un trastorno psicótico. Resumiendo, los sujetos Borderline tienen una prueba de realidad adecuada, excepto en situaciones y momentos particulares, y su adaptación a la realidad social es problemática.

- Alteraciones del sentido de realidad y fenómenos disociativos: aspectos problemáticos y contribución de la investigación empírica

La investigación empírica sugiere que la presencia de fenómenos disociativos en individuos Borderline es extremadamente variable (Zanarini *et al.*, 2000; Spitzer *et al.*, 2006). La presencia de fenómenos disociativos en los sujetos Borderline, pese a no ser un componente nuclear, es importante por su relación con el trastorno por Estrés postraumático (TEPT) y por el rol patogénico de episodios de violencia física y psíquica. Desde el momento en que este argumento es particularmente delicado, tanto desde el punto de vista clínico como desde el relacional y el ético, es necesario que el profesional sea extremadamente cauto de no incurrir en generalizaciones incorrectas que impliquen el riesgo de encontrar, e incluso de inducir, un estrecho nexo entre personalidad Borderline, disociación y abuso físico o psíquico, especialmente el abuso sexual infantil. El conocimiento actual, referido a lo que se ha constatado científicamente y no a lo que se basa en aproximaciones superficiales o planteamientos ideológicos, induce a creer que la presencia de fenómenos disociativos es posible en sujetos Borderline, y que esto implica un nexo variable tanto con el TEPT como con una historia de eventos traumáticos. Hay varios estudios que sostienen que la cuestión es más compleja de lo que parece y que es imposible reducir el problema a ecuaciones diagnósticas. Ante todo, la tipología de fenómenos disociativos en sujetos Borderline es más heterogénea de lo que se piensa, no siendo por tanto atribuible a los fenómenos de desrealización ni despersonalización. Zanarini *et al.* (2000) demuestran la presencia de fenómenos de “absorción” en un aspecto de la realidad (como se experimenta al sentirse completamente atrapado en el mundo recreado por un libro o una película) que hacen pensar en la puesta en marcha de estilos defensivos de desviación de la atención de situaciones, sobre todo de relaciones que inducen estados de ánimo negativos y potencialmente incontrolables. Obviamente esta capacidad de distraer la atención puede a su vez tornarse disfuncional, induciendo intensa angustia (angustia de turbación solitaria) ante la confrontación con la realidad. También se han observado fenómenos amnésicos, de menor intensidad que los de absorción, relacionados con la percepción de discontinuidad en la experiencia consciente. Este aspecto es particularmente interesante puesto que cuestiona la relación entre estos eventos y la difusión de

identidad, un componente nuclear para la definición de la organización Borderline. Finalmente, no está claro el origen de los fenómenos disociativos en la personalidad Borderline. Los datos de la investigación empírica son contradictorios: algunos estudios relacionan fenómenos disociativos con abusos sexuales infantiles (Shearer, 1994a; Brodsky *et al.*, 1995), mientras que otros no han encontrado relaciones significativas (Zweig-Frank, 1994a, 1994b). El motivo por el que algunos sujetos Borderline tienden a manifestar fenómenos disociativos significativos resulta, por lo tanto, poco claro, y susceptible de múltiples interpretaciones.

El problema de los fenómenos disociativos es en realidad un aspecto extremadamente complejo que enlaza múltiples perspectivas sobre la patología Borderline. Un aspecto relevante atañe a la relación entre la patología de la identidad según el modelo estructural de Kernberg y el papel de la problemática disociativa. Una vez aclarada la imposibilidad de reducir los fenómenos disociativos en la personalidad Borderline a un epifenómeno post-traumático homogéneo, se abren más perspectivas. Existe, ante todo, una tendencia a confundir, sobreponer o mezclar los términos escisión y disociación. El primero se refiere al Yo y a los componentes afectivos de la representación cognitiva de los objetos, mientras que el segundo se refiere a la consciencia y a la dificultad de integración de sus contenidos. Además, la escisión del Yo implica una necesaria complementariedad entre características de la representación del Sí mismo y la del objeto. Por ejemplo, la atribución de cualidad afectiva positiva, idealizada, a la representación del objeto implica la atribución de cualidad negativa, desvalorizada de la representación del Sí mismo. En la disociación, a veces la experiencia de la realidad, en sus componentes cognitivos y emotivos pueden ir al encuentro de múltiples vicisitudes. Por ejemplo, los ítems de la Escala de Experiencia Disociativa (*Dissociation Experience Scale*, DES, Bernstein y Putnam, 1986) incluyen experiencias de olvido, exclusión de estímulos reales, extrañeza e irrealidad (respecto a sí mismo y a la realidad circundante), incertidumbre entre recuerdo y sueño, incertidumbre entre fantasía y realidad, tendencia a revivir situaciones en el momento en que aparece el recuerdo, absorción total a un estímulo (película, narración), etc. Todos los ítems pueden reagruparse en tres factores: despersonalización, amnesia y absorción. Más allá de la importante contribución de la investigación empírica, que ha puesto a punto instrumentos para la valoración de la disociación, resulta todavía lícito preguntarse si con este término no se están identificando y mezclando una multiplicidad de fenómenos no homogéneos. De hecho, lo que parece coincidir en el concepto de disociación, a partir de su lejano origen en la historia de la psicopatología del siglo XVIII, es la relación entre eventos traumáticos y disociación. Por lo tanto, no es casual que la teoría sobre la disociación incluya la patogénesis de la histeria junto a la del TEPT, sugiriendo que el espectro de respuesta al trauma pueda ir más allá de la descripción del TEPT. La presencia de síntomas disociativos, somatizaciones e irregularidad afectiva en el TEPT pueden ser vistas como una tentativa de respuesta adaptativa al estrés (Van der Kolk y col., 1996). Otra prueba de que la respuesta disociativa al evento traumático implica una multiplicidad de factores insertados en una dinámica temporal, es el modo en el que los recuerdos relativos al trauma reaparecen, ante todo bajo la forma de elementos no integrados, de naturaleza sensorial (visual, auditiva, olfativa, quinésica) y afectiva. Los elementos narrativos, indicadores de la reactivación explícita de los eventos traumáticos, sólo aparecen a lo largo del tiempo (Van der Kolk y Fisler, 2005).

La dicotomía entre escisión y disociación, que corre el riesgo de ser un lecho de Procusto en el que la personalidad Borderline puede estar muy acortada o alargada, necesita una perspectiva más amplia que permita juntar elementos útiles de conocimiento. Estos vienen de la teoría evolutiva y de la investigación experimental neuropsicológica, sobre el funcionamiento mental, especialmente el cognitivo.

Ya se ha hecho referencia a la teoría según la cual los sujetos Borderline tienen déficit en el proceso de mentalización (reconocer que el mundo interno de uno mismo y de los otros son mentales, y que el mundo mental de cada uno es distinto) que se traduce en la dificultad subjetiva para tolerar un modo de funcionamiento mental (dificultad para distinguir entre la realidad y las representaciones mentales de la realidad) que genera un sentimiento de constricción en el cual las ideas son demasiado terribles y los estados de ánimo son demasiado intensos (Fonagy y Target, 2000). La teoría evolutiva en la que se basa este modelo clínico implica que el desarrollo infantil pasa a través de dos modos de funcionamiento mental, “equivalencia psíquica” y “hacer como si” (*pretend mode*), cuya integración da lugar a la mentalización. La primera implica que aquello que existe en el mundo mental existe también en el mundo real, y viceversa. El segundo implica que el mundo de las representaciones mentales viene dado como si no hubiese ninguna relación con el mundo real. Es a través de la relación segura con un adulto que se hace posible integrar estas dos modalidades, de modo que se pueda vivir el mundo psíquico en cuanto tal, sin confundirlo con el mundo real. El paso evolutivo que atraviesa esta modalidad ha sido comprobado en investigaciones (Target y Fonagy, 1996).

El punto de partida es conocer el límite del poder del propio aparato mental sobre la realidad externa en función de la autorregulación y de la consiguiente necesidad de entrar en una relación de dependencia con otro aparato mental para satisfacer la propia necesidad: si esto último se presenta como no fiable o temible, se produce un inevitable repliegue sobre una forma de funcionamiento mental que excluye el conocimiento del límite entre la realidad mental y la realidad externa, creando la ilusión de que esta última esté bajo el control de la mental en una relación de continuidad. Esto permite, por ejemplo, seleccionar arbitrariamente las características positivas de otro aparato mental (idealización), sin darse cuenta que es un constructo mental propio, puesto que la distinción entre lo mental y la realidad está anulada. De esta manera, la persona que en la realidad parecía no fiable y temida se convierte (por idealización) en una persona totalmente positiva (con la sensación de estar percibiéndola como real). Cualquiera que sea el origen de este tipo de operaciones defensivas, desde la concepción de Kernberg se acepta que el denominador común es el pasaje selectivo (probablemente empujado por la necesidad de satisfacer una necesidad primaria como el apego o por una activación emocional intensa, como el miedo al rechazo), de poder distinguir entre realidad externa e interna a la superposición entre realidad externa y el contenido mental propio sobre ella. Para lograrlo es indispensable anular el proceso de pensamiento que distingue la realidad como lo que es y que está fuera del control mental. Los sujetos Borderline probablemente son extremadamente sensibles a la combinación entre exigencia de autocontrol y situaciones conflictivas, con la realidad externa y consigo mismos, es decir, con partes difícilmente integrables en el aparato mental. El hecho de que estas situaciones estén presentes, y a menudo con difícil solución, es un aspecto de la naturaleza humana, pero lo que distingue a los sujetos Borderline es la incapacidad de encontrar soluciones sin manipular el propio aparato mental, el cual se hace ilusorio, perpetuando la patología.

Los aportes de la investigación experimental sobre el funcionamiento cognitivo de los sujetos Borderline es importante respecto a la problemática clínica ya discutida porque puede dar información interesante y considerable sobre las alteraciones del funcionamiento biológico o mental relacionado con la fenomenología clínica (características endofenotípicas). En los últimos años muchas investigaciones se focalizaron sobre las funciones cognitivas (atención, concentración, memoria, etc.). En el capítulo de diagnóstico categorial se presentará una revisión de la literatura científica sobre este tema.

Características estructurales específicas

Las características que se describen en este párrafo pueden estar presentes en un sujeto con organización Borderline de personalidad, pero su ausencia no impide el diagnóstico si están presentes las características estructurales citadas en el apartado anterior.

Debilidad del Yo

La debilidad del Yo se manifiesta en tres áreas: tolerancia a la ansiedad, control de impulsos y capacidad de sublimación. La tolerancia a la ansiedad se refiere a la capacidad de soportar niveles de ansiedad superiores a los que se toleran habitualmente, sin que por ello se agrave el cuadro clínico. Es importante valorar si el Yo, pese a que su esfuerzo no sea evidente, no se encuentra ya al máximo nivel de tolerancia a situaciones rutinarias. Según Kernberg (1971), la baja tolerancia a la ansiedad indica un pronóstico desfavorable.

La dificultad en el control de los impulsos es una de las características más citadas por la literatura sobre la organización Borderline de personalidad y asume un rol central, como se verá en el capítulo dedicado al diagnóstico categorial, en la conceptualización del TP Borderline según el DSM. El control de impulsos juega un papel importante para diferenciar la organización limítrofe (Borderline) del TP Borderline. En ésta, la ausencia de control de impulsos está íntimamente ligada a características defensivas escisionales, por lo cual no es generalizada ni invasora. No se debe a una incapacidad difusa del Yo sino a una problemática focal relacionada con la activación de partes escindidas del Yo. Más que una ausencia de control, lo que hay es una activación conductual (puesta en acto) parcial y escindida, de un sistema de relaciones objetales en un momento dado (Kernberg, 1966). Por ejemplo, si la escisión está constituida alrededor de la agresividad, en algunos casos se activará la agresividad, en otros el temor a ella.

La falta de capacidad de sublimar se refiere a la dificultad para realizarse en actividades “creativas”. Es indudable que los sujetos Borderline se sienten a menudo atraídos por los aspectos narcisistas de esta actividad, pero no consiguen mantener la continuidad necesaria para hacer fructificar el interés inicial manifestado, que suele ser en realidad superficial e inconstante. En el apartado sobre el examen de realidad se señalaba que la personalidad Borderline tenía muchas dificultades para adaptarse a la realidad social. Uno de los motivos de esta dificultad es la incapacidad para investir intensa y prolongadamente sobre la realidad. Por otro lado, la estructura patológica de las relaciones objetales y sus consecuencias, por ejemplo el comportamiento impulsivo, rinden cuenta plenamente de esta dificultad. Así, un proyecto de vida, un día es visto como maravilloso y determinante, y otro día carece de cualquier valor, sin haber probado a ponerlo en práctica seriamente.

Falta de integración del Superyo y patología narcisista

Los problemas derivados de la falta de integración del Superyo, si bien son difíciles de explorar, son importantes, sobre todo desde el punto de vista pronóstico: cuanto más grave es la patología superyoica, más se complica el cuadro estructural hasta ahora delineado, especialmente por la presencia de un componente referente a la patología narcisista. La principal dificultad para explorar la problemática superyoica se debe a que no es observable: sólo puede inferirse a partir de un conocimiento profundo del sujeto, el cual sólo puede hacerse a través de una relación psicoterapéutica. Bellak (1973) ha enumerado las siguientes funciones del Superyo:

- Aprobación o desaprobación de deseos y comportamientos sobre la base de consideraciones de tipo moral;
- Auto-observación crítica;
- Auto-castigo;
- Necesidad de arrepentimiento o reparación ante comportamientos moralmente reprobables;
- Auto-aprobación o amor a sí mismo respecto a comportamientos moralmente positivos.

Considerando al Superyo como un principio normativo del comportamiento, su integración -o ausencia de integración- puede ser descrita según un continuo dimensional. La adhesión espontánea a principios éticos internos, sin constricción externa alguna, debe considerarse como un indicador importante de integración del SuperYo, en cuyo caso la norma interior se manifiesta de manera natural y continua en la vida cotidiana. Otro indicador de integración es la capacidad de reconocer las desviaciones y su gravedad, desde una perspectiva realista respecto al contexto socio-cultural en el cual el sujeto vive (principios normativos socialmente compartidos). Lo mismo puede decirse de los aspectos positivos de la normativa, es decir, la gratificación que producen los aspectos loables de sí mismo.

La referencia a la norma social puede parecer un reclamo ambiguo, desde el momento que cada individuo puede vivir en la dialéctica entre conformismo y originalidad, sin estar obligado a compartir plenamente las costumbres de su época. De hecho, el principio de consenso social puede encontrar sus raíces en otras épocas y culturas. Por ejemplo, si en el mundo occidental, en el cual se tolera una cierta dosis de violencia sobre otros seres vivos, una persona decide adherirse a una visión del mundo religiosa o filosófica inspirada en la no violencia, ésta tendrá criterios para más estrictos para definir acciones como punibles. En el mundo occidental a nadie le crea muchos problemas matar un insecto, pero si estamos convencidos de que ese insecto puede ser la reencarnación de un ser humano, tendremos más escrúpulos a la hora de ejercer violencia sobre un insecto. Más allá de la variedad cultural, todavía, el consenso social tiene una de sus raíces fundamentales en la construcción psicológica de las relaciones objetales en la historia evolutiva individual. Por ello es imposible separar la evaluación de las características superyoicas (y su dialéctica con la norma social) de la calidad de las relaciones objetales. En otros términos, es preciso recordar que la calidad del Superyo y la de las relaciones objetales están estrechamente ligadas.

El nivel cualitativo más evolucionado en la construcción de las relaciones objetales interiorizadas se alcanza cuando la relación del sujeto consigo mismo y con los otros está regulada por una inversión afectiva positiva que equipara a uno mismo con los otros, y viceversa. El mandamiento evangélico fundamental, al colocar en un mismo plano el amor a sí mismo y el amor al prójimo, parece describir, concisa y eficazmente, una modalidad de funcionamiento de las relaciones objetales marcada

por reconocer la equivalencia de valor de uno mismo y los otros (reciprocidad), sin derechos ni privilegios especiales para ninguna de las partes. Si la norma superyoica se funda en el principio de reciprocidad, la culpa derivada de la falta de amor hacia el otro no será sólo por comparación con el otro (“el otro es capaz de amar mejor que yo”) sino también por la confrontación con uno mismo (“no soy capaz de amar como debería”). Del mismo modo, la autoafirmación no podría hacerse perjudicando a otros sino promoviendo lo bueno del otro. Por otra parte, el no promocionar el bien ajeno implica una falta hacia uno mismo, porque el mancharse de culpa hacia el otro es automáticamente un ensuciarse a sí mismo, muestra de un escaso amor por uno mismo. El argumento podría profundizarse con un número indefinido de ejemplos que llevarían a un campo de términos (desinterés, tolerancia, piedad y compasión) más afines a la tradición filosófica, religiosa y espiritual. La operatividad de estos términos aparece ya en San Pablo, en su primera Carta a los Corintios: “la caridad es paciente, es benigna la caridad, no es envidiosa la caridad, no se vanagloria, no se infla, no falta el respeto, no busca el interés propio, no se irrita, no tiene en cuenta el mal recibido, no gusta de la injusticia, pero se complace de la verdad” (pág. 2472-2473).

Si, por lo tanto, la cualidad superyoica más elevada y su máxima integración coinciden con la más alta cualidad de las relaciones objetales, haciendo que el bien propio sea el bien del otro y que las faltas hacia el otro sean faltas hacia uno mismo, una incompleta integración del principio normativo se relacionan principalmente con vivir con excesiva culpa las faltas hacia el otro. De hecho, los sujetos con una organización neurótica de la personalidad (y con un Superyo incompletamente integrado) tienden a culpabilizarse excesivamente por causas relativamente fútiles. Estos sujetos, caracterizados por relaciones objetales de alta calidad, y por lo tanto capaces de asimilar los matices positivos y negativos de los afectos, tienden a sobrevalorar el peso de la propia agresividad real, impregnándose de un excesivo sentimiento de culpa, vivido como una especie de dislocación entre la realidad y la fantasía en la realidad, enmarañada de temas conflictivos entre el mundo pulsional y una excesiva severidad superyoica. Cuando J. Alfred Prufrock, protagonista del poema homónimo de Thomas Eliot, animado por el intenso pero ambivalente deseo de tomar té con pan tostado junto a una dama por la que se siente atraído, se pregunta “*Do I dare/ Disturb the universe?*” (¿Osaré/turbar el universo?), revela que la banal y normal atracción erótica por una mujer puede ser (en su mente) un riesgo de turbar el orden universal.

En los sujetos con una organización *Bordeline* de la personalidad la problemática es más grave, puesto que la escasa integración del Super-Yo se hace a menudo evidente por la “autonomía” de éste como principio punitivo intransigente, rígido y sádico. La expresividad de un Superyo poco integrado y autónomo respecto al Yo, caracterizada por valores punitivos más que normativos, es muy variada y puede ser vista según un gradiente de gravedad en las relaciones objetales (ver los casos clínicos). En primer lugar, puede invadir la vida del sujeto en un amplio espectro de situaciones, o al contrario, manifestarse sólo en algunas condiciones particulares. En segundo lugar, el castigo puede ser dirigido hacia uno mismo o hacia fuera, a diferencia, como se verá en breve, de lo que sucede en la problemática narcisista. En tercer lugar, también se relaciona con la patología de la impulsividad: sujetos particularmente impulsivos pueden transformarse en el brazo armado del sadismo superyoico contra sí mismos, de manera impredecible e incomprensible respecto a la relación entre la causa (la falta cometida) y el efecto (el autocastigo).

En los párrafos anteriores se han explicado los motivos por los que las relaciones objetales están conectadas con el SuperYo. En el caso de la organización Borderline de personalidad, el elemento común a todos los sujetos es la falta de integración de las representaciones objetales, a partir de la escisión. Esto contribuye a una distorsión de las representaciones del sujeto y de los otros, más evidente en situaciones de activación emocional, sobre todo en el área del apego. La consecuencia es la tendencia, generalmente alternante, de atribuirse a sí mismo y al otro, características de idealización o de denigración. La función superyoica, en este contexto, no puede hacer otra cosa que sostener la distorsión, e incluso incrementarla. Además, la patología de las relaciones objetales influye negativamente en el Superyo, pues mantiene separados y activos los componentes arcaicos de éste, impregnados narcisísticamente y referidos al ideal del Yo. No obstante, a veces los sujetos con patología grave de las relaciones objetales presentan alguna forma de integración arcaica del SuperYo, sádicamente orientada contra el mismo sujeto.

Reconstruyendo las vicisitudes evolutivas del Superyo (Jacobson 1964) es posible reconocer ante todo la presencia de sus precedentes sádicos, constituidos por imágenes difusas y negativas de sí mismo y del objeto, proyectadas sobre el objeto para intentar negar la propia agresividad. Un segundo aspecto es la fusión de las representaciones idealizadas de sí y del objeto, que constituyen el núcleo del ideal del Yo. Un recorrido evolutivo adecuado permite (en paralelo con la evolución de las representaciones objetales) atenuar la polaridad extrema en un proceso integrador que conduce a la estructuración de una instancia superyoica exigente, pero realista y capaz de ayudar al Yo a afrontar los obstáculos de la problemática edípica (en la cual el choque entre la pulsión y la norma es particularmente acentuado y difícil). Este proceso ocurre en la adolescencia, momento en el que se reactiva la problemática edípica y en el que puede cumplirse definitivamente el proceso de integración del Superyo.

La patología superyoica en la organización Borderline de personalidad es importante desde el punto de vista clínico pues está conectada con dos posibles direcciones del desarrollo patológico. La primera concierne a sujetos en los que el Superyo se mantiene como una entidad relativamente autónoma del Yo, con características arcaicas de tipo punitivo y sádico, que se rebelan contra una representación victimizada de sí mismo en el Yo. Esto hace que los sujetos Borderline, pese a que generalmente se identifican con componentes escindidos grandiosos de la representación de sí, acaban casi siempre perdiendo, abandonados y, además, castigándose a sí mismos. De hecho, comportamientos autolesivos (auto-mutilaciones) pueden ser explicados como auto-castigos secundarios a causas fútiles. Aquí se observa una clara diferencia entre la conducta auto-punitiva del Borderline con el sentimiento de culpa del neurótico. En éste, la culpa, si bien también es reactiva a causas fútiles, permanece en el mundo mental, y el Yo tiende a oponerse a ella dialécticamente o, en el peor de los casos, con rumiaciones obsesivas. El Borderline, en cambio, puede llegar a cortarse o quemarse, como auto-castigo impredecible, reactivo e inmediato (“actuando sin pensar”), especialmente, si hay patología de la impulsividad, generalmente presente.

La otra dirección que puede tomar la patología superyoica, es cuando sus componentes arcaicos participan en la construcción de una representación grandiosa de sí mismo, promoviendo la presencia de componentes de narcisismo patológico. El desarrollo de la patología narcisista, conectado con la historia evolutiva de las relaciones y de las representaciones objetales, así como de las pulsiones y de sus conflictos (Kernberg, 1984), introduce en la organización Borderline de personalidad una variante

relativa a la representación de sí mismo. La representación de sí mismo del Borderline, como ya se ha dicho, está escindida y polarizada, alternando entre la idealización y la denigración. La patología narcisista, en cambio, introduce una representación de sí mismo estable y grandiosa, constituida por un aglomerado de representaciones reales, ideales y representaciones objetales idealizadas. En el narcisismo sano se agregan componentes negativos o “malos” de sí mismo, cuya presencia facilita la construcción de una imagen más realista de sí mismo (cosa que no ocurre en el narcisismo patológico, compuesto sólo por representaciones buenas e irreales de sí mismo). Al mismo tiempo, la problemática narcisista puede verse según niveles de gravedad que se diferencian por el grado en que la agresividad está absorbida en el interior de la representación del sí, o revertida hacia las relaciones objetales y, por lo tanto, invertida sobre el objeto, cuya representación permanece arcaica en un doble rol (enemigo del cual defenderse en cuanto percibido como peligroso y al mismo tiempo, enemigo a destruir). La patología narcisista, en su nivel menos patológico puede ser reconducida hacia una organización Neurótica de la personalidad. En este caso, los mecanismos defensivos de nivel alto y un Yo más sólido permiten una discreta integración de la agresividad y una capacidad de experimentar sentimientos depresivos.

Por lo que respecta a la conexión entre narcisismo patológico y organización Borderline de la personalidad, la secuencia evolutiva relativa a la integración, o no integración, de la agresividad puede resumirse así (Kernberg, 1984):

- En la personalidad narcisista marcada por un funcionamiento psíquico típico de la organización Borderline, las relaciones objetales están escindidas, y cuando la representación ideal de sí mismo no es gratificada aparecen rabia intensa, distorsiones paranoicas y a veces reacciones impulsivas;
- Si se agrega el efecto de pulsiones sexuales parciales, aparecen fantasías y comportamientos perversos polimorfos, con inclinación sádica;
- Cuando la agresividad está profundamente infiltrada en la estructura de la representación de sí, se constituye un cuadro definido como “Narcisismo maligno”, caracterizado por la necesidad del triunfo sobre el miedo y el dolor, lo que se consigue provocando sádicamente miedo y dolor a los otros;
- La situación más grave es la de la personalidad Antisocial, con total ausencia de capacidad de relaciones objetales que no se basen en la explotación del otro y sin ninguna dimensión moral en el funcionamiento de personalidad (Kernberg, 1992).

En síntesis, las características antisociales en la personalidad narcisista pueden ir desde una moderada deshonestidad hasta una personalidad antisocial manifiesta, mostrando que la personalidad Antisocial puede ser considerada una personalidad narcisista con una particular patología superyoica superpuesta. La condición patológica será más grave cuanto mayor sea la representación grandiosa de sí, infiltrada de agresividad, y llega a identificarse con un principio “normativo” que se erige de manera omnipotente como juez y a veces también como verdugo sádico, incapaz de reconocerse en los otros ni de reconocer a los otros en sí mismo. La gravedad está justamente en transformar a los otros en objetos, en cosificar aquello que está vivo, sin el más mínimo sentido moral, pero a la vez, con plena convicción de estar en lo cierto (cuando lo único cierto para ese sujeto es la afirmación omnipotente de sí mismo).

El narcisismo encubierto (*covert*, Akhtar y Thomson 1982; Cooper, 1998) o hipervigilante (Gabbard, 1989) es un cuadro de difícil delimitación y clasificación, por lo cual lo citamos al final. Los sujetos con este tipo de patología presentan en un plano superficial o aparente un fuerte componente ansioso e intensa inseguridad en las relaciones de dependencia. Pero tras un análisis más profundo, se detectan núcleos grandiosos y omnipotentes de la representación de sí mismo. La diferencia entre el narcisismo *overt* (descrito precedentemente) y el *covert*, está en la expresividad de los componentes patológicos de la personalidad más que en su naturaleza, que a veces resulta idéntica². El narcisismo encubierto es muy difícil de diagnosticar, pues los componentes ansiosos y dependientes pueden hacer pensar en patologías diferentes a una organización Borderline de personalidad (Trastorno por Ansiedad o TP Evitativo del DSM), con un nivel de organización de personalidad alto. El narcisismo encubierto será tratado de manera más profunda, en lo que concierne a la evaluación diagnóstica, en el apéndice, al explicar la escala de Narcisismo Hipersensitivo (HSNS). En las tablas 3, 4, 5 y 6 se resume la problemática relativa al narcisismo y a la organización Borderline de la personalidad.

Tabla 3. Características de la personalidad narcisista

Amor a sí mismo patológico:

- Excesiva tendencia a referirse a sí mismo y a colocarse como centro de atención.
 - Grandiosidad, sentimientos de superioridad, ambiciones desmedidas y conductas exhibicionistas.
 - Autoafirmación infantil, caracterizada por excesiva dependencia de los otros, y por creerse merecedor de admiración.
 - Afectos superficiales y oscilantes: grandioso y superior vs. inseguro, temor a ser mediocre e indigno.
-

Amor objetal patológico:

- Excesiva envidia (conciente e inconciente). Desprecio y ausencia de interés por los demás, Ausencia total de empatía.
 - Autodesvalorización para defenderse de la envidia de los otros. Incorpora inconcientemente lo que los demás le dan, se aprovecha y se siente con derecho a todo (sense of entitlement).
 - Incapaz de depender de los demás, tendencia a idealizar transitoriamente.
-

Patología del Super-yo:

- Incapaz de experimentar depresión, culpa y remordimiento.
 - Autoestima regulada por la vergüenza. Puede deprimirse ante fracasos.
 - Valores inmaduros, contruidos alrededor de la defensa de sí mismo, de su orgullo y de su autoestima.
 - Sentimiento básico de fondo: vacío, abandono soledad, ausencia de sentido y a veces ira.
-

²N del T: Ronningstam (2005) presenta un excelente estudio sobre el narcisismo, como dimensión independiente que atraviesa todos los TP, desde la normalidad hasta la psicopatía severa.

Tabla 4. Narcisismo manifiesto (*overt*) y encubierto (*covert*)

Manifiesto	Encubierto
<ul style="list-style-type: none"> - Grandiosidad, “pretencioso (<i>entitlement</i>), autosuficiencia. - Relaciones superficiales, falta de empatía. - Fascinante, ambicioso, “pseudo-sublimación”. - Caricatura de modestia, pseudomoral / moralista. - Seducción sexual “fría”, promiscuidad. - Percepción egocéntrica de la realidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inferioridad, inseguridad y vergüenza. - Intensa envidia, incapacidad de depender de otros. - Motivación superficial, aburrimiento crónico. - Uso instrumental de los valores morales, transgresor. - Dependencia parasitaria de la pareja. - Dificultad de aprender nuevas capacidades.

Tabla 5. Características del narcisismo maligno

- Características de la personalidad narcisista.
- Sadismo egosintónico: ideología agresiva de autoafirmación y tendencia suicida egosintónica (suicidio como triunfo).
- Tendencia paranoide: exasperada tendencia a considerar a los demás como ídolos o enemigos.
- Capacidad limitada de lealtad (incluso hacia personas ideológicamente afines), responsabilidad y culpa.

Tabla 6: Características de la personalidad antisocial

- Características de la personalidad narcisista.
- Embustes, mentiras, hurtos, falsificaciones, fraudes, prostitución (tipo “pasivo-parasitario”).
- Ausencia de sentido moral y de empatía.
- Incapaz de planificar el futuro, planifica la conducta en función de reducir la tensión.
- Poca percepción del paso del tiempo.

Como comentario final de este apartado referente a la relación entre organización Borderline de la personalidad, patología del Superyo y patología Narcisista de la personalidad, es necesario puntualizar un aspecto terminológico nada despreciable. El concepto “antisocial” ha sido utilizado por la psicopatología americana en su acepción más conductual, enfatizando la presencia de comportamientos impulsivos agresivos, que pueden parecerse a algunos rasgos del sujeto Borderline. Pero éste tiende a dirigir la agresividad fundamentalmente hacia sí mismo. En el capítulo II se profundizará sobre la relación entre patología Borderline y TP Antisocial. Aquí sólo quiero subrayar que el término “antisocial” puede comprenderse y delimitarse mejor si se lo relaciona con el concepto de personalidad psicopática, de tradición europea. No es éste el lugar para profundizar el problema, pero cabe señalar que Otto Kernberg ha intentado agrupar la organización Borderline de personalidad, la personalidad Narcisista y la personalidad Antisocial en una perspectiva basada en las relaciones objetales, prestando más atención a los aspectos estructurales e intrapsíquicos que a los conductuales.

Esto tiene más relación con la psicopatía como organización mental, sólo parcialmente conectada a la conducta antisocial. De hecho, no todos los sujetos con una personalidad psicopática tienen conductas antisociales, y viceversa, no todos aquellos que tienen comportamientos antisociales tienen una personalidad psicopática. Otro aspecto relevante es el papel de la impulsividad: siendo el psicópata un “depredador de su propia especie”, cuyo objetivo es someter al otro para sí, expropiar, vaciar y anular. ¿Se podría pensar que actúa de manera impulsiva, “sin pensar”, o que actúa solamente cuando está suficientemente seguro del éxito de sus acciones?

Finalmente, otro aspecto importante tiene que ver con la relación entre psicopatía y perversión, este último asociado automáticamente a la sexualidad. La nosografía de los comportamientos sexuales desviados ha sido siempre un campo complejo y contradictorio, probablemente porque el punto de partida ha estado demasiado centrado en los comportamientos, cuya licitud varía según los contextos socioculturales. El padre de la psicopatología sexual, Krafft-Ebing (1886) nos alertaba respecto a la sobrevaloración del principio conductual, y proponía observar más las intenciones y la personalidad del sujeto, es decir, el mundo intrapsíquico. Dicho esto, y a la luz de cuanto he afirmado anteriormente, se podría sostener que el concepto de perversión deba desligarse de su connotación sexual, y sea reconducido a su naturaleza de “perversión de las relaciones objetales”, en estrecha unión con las características de la personalidad narcisista grave, sobre todo en su variante psicopática. La perversión de las relaciones objetales es aquella (como ya se comentó a propósito de la personalidad psicopática) que se relaciona con el objeto en función exclusivamente predatoria (mental o física), considerándolo un “objeto” en sentido estricto, a quien vaciar, violar, matar e incorporar. Ciertos aspectos de la pedofilia, o del asesino sexual en serie, representan un prototipo de depredador que vive en un mundo mental repleto de fantasías agresivas egosintónicas, que desembocan en la planificación del comportamiento que tiene como meta la posesión de la presa, sin ningún tipo de remordimiento moral, considerando la suerte de su presa “naturalmente” obvia, como la de un conejo en la mente de un halcón (Maffei, 1998). En la tabla 7 se resume la relación entre relaciones objetales y sexualidad. En la tabla 8 se intenta un resumen global de la problemática tratada en este apartado, a propósito de la organización Borderline de personalidad.

Tabla 7. Relaciones objetales en el polimorfismo amoroso y la perversión

Polimorfismo amoroso	Perversión
<ul style="list-style-type: none">- Al servicio de la relación amorosa- Lúdico, trasgresor, “cómplice”- Integra agresividad y sexualidad en función del amor	<ul style="list-style-type: none">- Antitético a la relación amorosa- Estereotipo rígido y “depredador”- Sexualidad para expresar agresividad destructiva
<ul style="list-style-type: none">- Relaciones objetales maduras- Objeto completo, relación de reciprocidad con sí mismo- Afecto investido sobre objetos reales	<ul style="list-style-type: none">- Relaciones objetales inmaduras- Objeto parcial, en función de exigencias del sí mismo- Fantasías investidas en objetos mentales

Tabla 8. Relación entre organización Borderline, patología narcisista, relaciones objetales y agresividad

Organización	Características	Relaciones objetales
Escisional (Borderline)	Autolesiones impulsivas y relaciones promiscuas	Parciales ↓
Narcisista deficitaria (<i>covert</i>)	Grandiosidad junto a dependencia insegura y ansiosa	Masoquistas
Narcisista grandiosa (<i>overt</i>)	Ausencia de empatía; Control y manipulación relacional	↓
Narcisista maligna	Sadismo egosintónico, tendencias paranoides Sentido fanático de pertenencia	Sádicas
Narcisista psicopática	Depredación física y psíquica	

Características genético-dinámicas

Por este término se entienden las problemáticas conflictivas que se van creando a lo largo del desarrollo de la personalidad (Kernberg, 1977b, 1984). Estos elementos, difíciles de explorar en las entrevistas diagnósticas, pueden ser observados a través del conocimiento profundo que se obtiene a lo largo de la relación terapéutica. Es importante detectar la presencia de componentes pulsionales, independientemente del momento evolutivo en que se hayan generado, especialmente la condensación de pulsiones genitales y pregenitales, así como de pulsiones libidinosas y agresivas. A continuación se resumen los principales componentes a observar.

- Infiltración agresiva de los conflictos edípicos. Imagen del rival edípico terrible y temible, intensa ansiedad de castración y rígida prohibición a la sexualidad, a veces embebida de valores masoquistas o angustia paranoide.
- Idealización del objeto de amor (heterosexual u homosexual). Incapacidad de afrontar y resolver los problemas edípicos, si no es con una lógica escisional que continuamente intenta “equilibrar” amor y agresividad, pero sin poder integrarlos nunca. Las figuras de referencia primarias son investidas con oscilaciones intensas, de manera que son idealizadas y luego rápidamente denigradas. Esta problemática es de particular interés respecto a la consideración de las historias personales contadas por los sujetos Borderline (en realidad habría que decir desconsideración, puesto que las figuras significativas son descritas de manera variable según el momento). Una figura materna, por ejemplo, puede ser descrita de manera positiva en un momento dado (y sería ingenuo pensar que esta versión sea la verdadera) y, en otro momento, de manera totalmente opuesta. Sólo a través de un profundo conocimiento del sujeto será posible tener una imagen más adecuada a la realidad, o mejor, menos influenciada por las oscilaciones ligadas al momento.
- Representaciones no realistas de las imágenes parentales combinadas entre sí. Este aspecto está en estrecha relación con los dos precedentes. La confusa investidura de las imágenes parentales (oscilación entre idealización y denigración) y la intensa contaminación de las investiduras libidinosas por parte de las investiduras agresivas generan imágenes arcaicas, parciales e irreales, que a menudo se proyectan sobre figuras reales con las que el sujeto mantiene relaciones significativas.

- Valencias genitales al servicio de necesidades pregenitales. Los sujetos Borderline, desde una mirada superficial pueden parecer “hipersexualizados”, y tienen a menudo una actividad sexual intensa, desinhibida y promiscua, pero en realidad su sexualidad está sometida a exigencias primitivas pregenitales. La motivación más auténtica de la promiscuidad sexual no se refiere verdaderamente a una satisfacción sexual, sino al contrario, a una búsqueda, a menudo desesperada, de “alguien”, sea quien sea, que pueda ser visto como fuente de excitación vital, de contacto, de calor animal. Es bastante habitual que los Borderline tengan impotencia sexual y frigidez, es decir, dificultad para acceder al placer sexual en sentido estricto. Esto se debe a que la sexualidad representa un medio para la satisfacción inmediata de exigencias de otro género, pues, como ya se ha dicho, no tienen capacidad para establecer relaciones objetales más maduras, es decir más connotadas de afecto.
- Infiltración de los problemas pre-edípicos en las dinámicas edípicas. En un cuadro evolutivo en el que la representación de las figuras parentales está sujeta a distorsiones, y en el que los aspectos evolutivos referentes a diversos momentos se mezclan, es posible que los problemas pre-edípicos se trasladen a las dinámicas edípicas, generando cuadros complejos y problemáticos. Como Kernberg ya señaló (1984, pág. 37): “la relación edípica positiva de la niña y la relación edípica negativa del varón están teñidas por el desplazamiento de las necesidades frustradas de dependencia de la madre sobre el padre. La transferencia de conflictos orales agresivos de la madre con el padre aumenta en los hijos la angustia de castración y la rivalidad edípica, y en las niñas la envidia del pene (...) Una fuerte agresividad pregenital dirigida hacia la madre reforzará en las niñas (1) tendencias masoquistas para con los hombres y (2) severas prohibiciones del Superyo contra la genitalidad en general y contra la relación edípica negativa con la madre como idealización defensiva y formación reactiva contra la agresividad. La proyección de conflictos primitivos referentes a la agresividad en la relación sexual de los padres aumenta la aparición de versiones distorsionadas y espantosas de la escena primaria, que pueden convertirse en odio hacia cualquier forma de amor recíproco ofrecido por los otros. En términos más generales, el desplazamiento defensivo de impulsos y conflictos de un progenitor al otro incentiva el desarrollo de combinaciones fantásticas y desconcertantes, de imágenes parentales bisexuales condensadas bajo el impulso de un particular impulso proyectado”.

Cuadros clínicos

La organización Borderline de personalidad es un gran cajón de sastre diagnóstico, en el que se incluyen sujetos con cuadros psicopatológicos de la personalidad muy diferentes entre sí y cuya cohesión interna estaría dada por los criterios estructurales, principalmente los específicos. Lo debatido sobre la patología narcisista es suficiente para forjarse una idea sobre la complejidad de la patología definida como organización Borderline de personalidad. Por esto es necesario identificar criterios que permitan diferenciar diversos cuadros clínicos.

Una forma es diferenciar niveles de gravedad a lo largo de un continuo, pudiendo identificar al menos dos niveles de funcionamiento: “alto nivel” y “bajo nivel”. Kernberg, al confrontar los criterios estructurales de la personalidad con la clasificación descriptiva propuesta por el DSM-III (Kernberg, 1984; APA, 1980), ha creado un complejo cuadro general que muestra la compatibilidad

entre dos sistemas muy distintos. La correspondencia no puede ser completa, pues los dos métodos provienen de presupuestos conceptuales claramente diferentes: el método estructural se sustenta en un complejo aparato teórico-clínico, mientras que el DSM se define como “ateórico”. Además, mientras los criterios estructurales se basan en la inferencia (a partir del fenómeno observado), y por lo tanto necesitan de la mediación teórica, los criterios DSM son puramente descriptivos, es decir, observables directamente, sin necesidad aparente de la teoría. La propuesta de Kernberg puede ser vista desde varias perspectivas (científicas, clínicas o incluso diplomáticas), pero teniendo en cuenta la fuerza que el DSM adquirió, tanto en el mercado clínico como en el de investigación, su elección fue acertada y eficaz, puesto que ha logrado comparar y relacionar dos sistemas sin que ninguno fagocite al otro. En la tabla 9 se muestra la relación entre niveles de organización de personalidad, cuyos elementos de mayor interés se comentan a continuación.

- Los trastornos se distribuyen en un continuo temperamental según dos polaridades: introversión y extroversión.
- Los TP Borderline y Esquizoide representan el prototipo de los dos polos temperamentales. Cabe señalar la importancia dada por Kernberg a la personalidad esquizoide, que en el DSM está disminuida, probablemente por criterios demasiado simples. De hecho, la tradición psicoanalítica (Fairbairn, 1954; Guntrip, 1968) ha insistido en mostrar que detrás de la aparente frialdad emocional del esquizoide existe un complejo mundo mental inexpressado e inexpressable, extendiendo el concepto a la experiencia psicológica, no sólo la psicopatológica.
- Hay una clara diferenciación entre la personalidad histérica (organización neurótica) y la histriónica (organización Borderline de alto nivel, personalidad infantil en la literatura de orientación psicodinámica) (Tabla 10). El DSM no contempla esta diferenciación, generando el riesgo de confusión³.
- La personalidad Depresivo-Masoquista, a menudo también definida como “masoquismo moral”, tiene un nivel de organización neurótico, con una identidad bien integrada, un Yo sólido y relaciones objetales maduras, pero con un Superyo excesivamente severo, dificultad para expresar la agresividad y con excesiva dependencia de los otros y de su opinión. Su alto sentido del deber, tenacidad laboral, honestidad y responsables, se antepone a la satisfacción de las propias necesidades personales. Son sujetos que sufren crónicamente sentimientos de culpa hacia la persona amada y son fácilmente frustrados por ella. De hecho, viven la propia agresividad de manera ambivalente y esperan el reconocimiento externo de su valía, y cuando esto no ocurren se frustran profundamente. Apenas son capaces de “protestar”, y no logran substraerse de un tipo de relación de dependencia masoquista. En el DSM-IV se han incluido criterios de investigación para el TP Depresivo (APA, 1994) que, al menos en parte, compensan la carencia observada por Kernberg en el DSM-III.
- Están claramente delineados los niveles de gravedad y de relaciones interpersonales de la personalidad Narcisista, el Narcisismo Maligno y la personalidad Antisocial, que ya han sido tratados previamente.

³ N del T: Muchos resultados contradictorios de pruebas autoaplicadas (TCI-R, NEO-PI-R) pueden deberse a la mezcla ambos grupos en una única muestra (Forti, 2006).

- La personalidad hipomaniaca y la ciclotimica, junto a la paranoide y a la esquizoide, que han sido consideradas como las estructuras “clásicas” de la personalidad prepsicótica, (Kernberg, 1975), comparten una fuerte activación afectiva, más consistente en la primera.
- La personalidad hipocondríaca está estrechamente conectada con la Esquizoide y la Paranoide, compartiendo con éstas la introversión y una intensa angustia persecutoria.
- La personalidad sadomasoquista es una articulación de la personalidad Borderline, y se caracteriza por relaciones interpersonales cargadas de agresividad (auto y hetero dirigida).
- El TP Evitativo, presente en el DSM-IV, según Kernberg no es un constructo clínico suficientemente sólido y claro, y está mejor representado por las características pasivo-agresivas de la personalidad.

En la tabla 11 se muestra otra manera de representar diferentes cuadros clínicos en el nivel de organización Borderline de personalidad (Clarkin *et al.*, 1999), en la que la gravedad aumenta paralelamente a la agresividad. Se pasa, de hecho, de situaciones clínicas en las que predomina la dificultad en las relaciones interpersonales a situaciones en las que la agresividad se torna preponderante, como en el caso de la personalidad paranoide, el narcisismo maligno y la personalidad antisocial. Este punto de vista reafirma que dentro de la organización Borderline de personalidad, los cuadros clínicos más graves son aquellos en los que están presentes: (a) grave patología de las relaciones objetales; (b) grave patología del Superyo y (c) altos niveles de agresividad.

Este cuadro, muy esquemático, necesita una mayor profundización respecto al significado del término “agresividad”, que en la literatura psicoanalítica se utiliza a menudo en sentido genérico, con referencia a la dualidad de las pulsiones. Para una mejor comprensión de los cuadros clínicos es necesario un mayor nivel de detalle, que se mostrará en el segundo capítulo, a propósito de la contribución de la investigación empírica al tema de la agresividad.

Tabla 9. Niveles de organización de la personalidad y TP (Kernberg, 1996, modificado)

Neurótico	Obsesivo-Compulsivo	Depresivo-Masoquista	Histérico
Borderline nivel alto	Sado-Masoquista	Ciclotímico	Dependiente Narcisista Histriónico
Borderline nivel bajo	Paranoide Hipocondríaco ESQUIZOIDE Esquizotípico	Hipomaniaco Borderline	Narcisismo Maligno Narcisismo Antisocial
Psicótico			

Introversión ←————→ Extroversión

Tabla 10. Diferencias entre la personalidad Histérica e Histriónica

Personalidad Histérica	Personalidad Histriónica
Afectos intensos pero circunscriptos	Afectos estridentes, intensos y generalizados
Erotización y exhibicionismo que expresan necesidades interpersonales y afectivas (ser amado)	Erotización y exhibicionismo vulgares, fríos, voraces, de cualidad “oral” más que interpersonal, sin compromiso
Sedución “sutil” y atractiva	Sedución grosera, inapropiada y distante
Ambición y competitividad	Grandiosidad, intensos sentimientos ocultos de soledad
Buen control de los impulsos	Ausencia de control de impulsos
Relaciones objetales maduras, edípicas	Relaciones objetales inmaduras, diádicas, con dependencia anaclítica, masoquista y rabiosa
Tolera separación y abandono	No tolerancia al abandono
Superyo integrado y defensas maduras	Superyo no integrado y defensas primitivas

Tabla 11. Niveles de gravedad en la organización Borderline de la personalidad (Clarkin *et al.*, 1998)

Problemas de intimidad:	TP Esquizoide	Ciclotimia	TP Histriónico
Agresividad moderada:			TP Narcisista
Agresividad intensa:	TP Sadomasoquista	TP Borderline	
	TP Paranoide		Narcisismo maligno
		TP Antisocial	

Entrevista clínica y diagnóstico estructural

En este apartado se examinarán los elementos fundamentales que el clínico debe emplear en la entrevista para realizar un diagnóstico estructural. Kernberg (1981), al explicar los criterios de la entrevista para explorar el tipo de organización de la personalidad, ha precisado que la entrevista debe ser organizada en torno a tres áreas: (a) relación entre el terapeuta y el paciente; (b) funcionamiento interpersonal del paciente en general y (c) historia de su patología.

Un aspecto práctico muy útil para el clínico es que el estilo de la entrevista depende de la patología del paciente. Ante una organización psicótica, la entrevista se parecerá a una entrevista psiquiátrica rutinaria, más aún en el caso de patología mental orgánica o una psicosis en sentido estricto. Debemos considerar la posibilidad de estar ante un paciente con un trastorno orgánico desde el inicio. Si con las primeras preguntas relativas a identidad, edad, domicilio y similares, el sujeto muestra dificultad por defectos en la memoria o por una alteración de la conciencia (desorientación temporo-espacial, sobre sí mismo o sobre la realidad), es probable que no se pueda continuar con la entrevista. La situación es más compleja cuando se sospechan signos y síntomas claros de una alteración en el

principio de realidad, como los delirios y las alucinaciones, puesto que, si bien los parámetros de fondo de la conciencia funcionan adecuadamente, es igualmente difícil mantener una conversación coherente.

Excluyendo estos dos casos, las preguntas relativas a síntomas y problemas pueden provocar respuestas que no siempre orientan el diagnóstico de manera clara e inmediata. Las respuestas a las primeras preguntas hechas por el terapeuta (motivo de consulta, etc.) pueden ser debidas a diferentes tipos de fenómenos mentales y conductuales. La situación más banal es aquella en la que el sujeto entrevistado refiere síntomas o muestra señales de, por ejemplo, ansiedad o depresión. Ante esto es necesario indagar el significado de los términos empleados, desde el momento en que el lenguaje coloquial difiere del lenguaje técnico. Si se comparten los términos, es oportuno intentar comprender si el tipo de fenómenos descritos y su evolución se corresponden con aquellos de los trastornos psiquiátricos. Si esto no ocurre, podemos comenzar a pensar en patología de la personalidad, sin olvidar que la presencia de patología psiquiátrica no impide la presencia de una patología de la personalidad. De hecho, ansiedad y depresión, por ejemplo, pueden presentarse de manera típica o atípica.

Si el sujeto habla de depresión, podemos encontrar elementos atípicos como, por ejemplo, sentimientos de abandono, que pueden sugerir la presencia de patología de la personalidad. En el capítulo de diagnóstico categorial, en el apartado dedicado a la depresión, se profundiza sobre este aspecto. En cambio, ante la ansiedad, sospecharemos patología de la personalidad cuando ésta sea de carácter invasor y difícil de verbalizar, que inunda al individuo en cuanto tal más que a áreas específicas de su vida mental. Pese a que el sujeto describa síntomas típicos (por ejemplo, ataques de pánico clásicos), no debemos descartar la presencia de una organización patológica de la personalidad. Naturalmente, tanto si el sujeto refiere síntomas típicos como atípicos, el terapeuta debe estar atento para captar el modo en el que se articula el relato en la relación interpersonal paciente-terapeuta del aquí y ahora. Este parámetro debe ser tenido siempre presente, como explicaré a continuación.

Cuando al terapeuta se le exponen problemas en lugar de síntomas (a menudo se exponen síntomas y problemas) es necesario orientar la entrevista de manera que se pueda comprender la naturaleza de la personalidad a la luz de los criterios estructurales. En concreto, es muy probable que los problemas se refieran a las relaciones interpersonales en su articulación afectiva, familiar o social, y que el modo en que el sujeto expone sus argumentos esté intrínsecamente guiado por la forma en que tenga organizadas las representaciones interiorizadas de las relaciones objetales. Aquí el criterio rector debe ser el de la difusión de la identidad, obviamente relacionado con el estilo defensivo.

Es importante invitar al interlocutor a concretar eventos, situaciones y personas, buscando contextualizar las relaciones interpersonales de manera más general. Por ejemplo, si el paciente habla de su compañero/a, es importante comprender el modo en el que representa al otro y a sí mismo en la relación con el otro, y cómo este fragmento de realidad se inserta en la globalidad de las relaciones, especialmente en las afectivas. El interlocutor podría, por ejemplo, manifestar su malestar porque su pareja es egoísta y no le cuida. La pregunta que el terapeuta debe inmediatamente hacerse se referirá al significado de los términos “malestar”, “egoísta” y “no cuida de mí”. Estos términos son suficientemente ambiguos, y no dan información suficiente acerca de la verdadera naturaleza del problema psicológico y relacional. Es por tanto preciso que el terapeuta, que debe ser parte activa e interesada en la entrevista, ponga en acto técnicas de comunicación basadas en la clarificación.

Con este término se entiende pedir aclaraciones sobre aspectos del relato cuyo significado parece ambiguo o incompleto. Por ejemplo, el término “malestar” podría referirse a sentimientos de ligera desilusión, rabia de intensidad variable o a intensos sentimientos de soledad abandonica. Del mismo modo, “egoísta” puede significar, de manera correspondiente, que la pareja piensa demasiado en sí misma, que es fría y poco afectiva, o que es incapaz de participar en la relación. Si, por ejemplo, el sujeto experimenta sentimientos de abandono y rechazo por parte de una pareja representada como poco afectiva, o que incluso le rechaza y es hostil, habría que aclarar si las cosas han sido siempre así, si no hay otros elementos detrás de esa realidad, o si en la relación se pueden encontrar otros aspectos de interés. También es importante indagar si la representación negativa del otro se refiere solamente a la pareja, o si abarca también a otras personas, y si lo es, quiénes son esas personas.

Una regla general a tener en cuenta es tratar de comprender hasta qué punto el sujeto es capaz de tener representaciones del otro, y de sí mismo, en la relación con el otro, de manera específica, real, motivada e implicada, es decir, respecto a una realidad vivida, o si la representación de sí, del otro y de la realidad, tienden a teñir de manera estereotipada todas las experiencias de la vida. Como ya se ha insistido en este capítulo, una organización Borderline tiende a superponer el mundo propio, sobre todo el afectivo, a la realidad, más que vivir una realidad concreta, momento a momento, participando activamente en ella.

Es indispensable tener en cuenta que las representaciones mentales, al estar influenciadas por estados afectivos, tienden a oscilar entre la polaridad positiva y la negativa. Las valoraciones afectivas contradictorias son humanas y no sólo propias del Borderline. De ahí que el terapeuta pueda cometer un grave error si considerase la contradicción como un signo de patología de la personalidad. Por el contrario, el terapeuta debe poner en acción una segunda técnica de comunicación: la confrontación. Pero debe utilizarla con cautela, puesto que, a diferencia de la clarificación, ejerce potencialmente un estrés sobre la mente del otro.

Volviendo al ejemplo de la persona que describe a su pareja negativamente al decir que es “egoísta”, puede ocurrir que en otro momento de la entrevista la describa positivamente, por ejemplo, diciendo que es “sensible”. Siendo “sensible” y “egoísta” dos adjetivos aparentemente incompatibles, es necesario comprender cómo justifica el sujeto para definir a su pareja con estos dos adjetivos. La confrontación, en su aplicación más simple, consiste en hacer ver la contradicción permitiendo que el sujeto exprese su opinión acerca de la misma. En este caso podría preguntarse al sujeto: “me ha descrito su sufrimiento afectivo debido a la insensibilidad de su pareja, a la que ha definido como egoísta... sin embargo ahora la presenta como una persona sensible... me resulta difícil entender cómo cualidades tan opuestas puedan estar juntas en la misma persona... ¿Qué piensa usted?”. La confrontación causa estrés porque obliga a la persona a funcionar a un nivel de mayor complejidad (más metacognitivo que cognitivo), pues debe explicar y rendir cuentas sobre su forma de funcionar, más aún, si ésta es problemática.

Kernberg considera que las respuestas ante la confrontación tienen un gran valor diagnóstico respecto a los niveles de organización de la personalidad. A continuación se resumen de manera concisa.

1. **Organización Neurótica.** La persona tiene acceso tanto a los contenidos cognitivos como a los afectivos de la propia mente y puede dar una respuesta formulada de la siguiente forma: “Me doy cuenta de que he descrito a mi pareja con dos adjetivos contradictorios... Si es egoísta

no puede ser sensible... Es doloroso admitirlo, pero tal vez imagine cosas que no existen... Y si digo que es sensible me estoy engañando sobre todo a mi mismo... Transformo mis fantasías en realidad basándome quizá en algún momento positivo de la relación... Pero es sólo un momento y nada más...". Otra posible respuesta de una organización neurótica podría ser: "A veces soy demasiado severo, y exagero, sobre todo si estoy irritado... Mi pareja no es como la he descrito... No es un monstruo frío como a veces le veo... Es más un problema mío, debería ser un poco más objetivo...".

2. **Organización Borderline.** La persona tiene acceso a los contenidos cognitivos, pero no a los afectivos, por lo cual se da cuenta racionalmente de su contradicción, pero no puede ir más allá, y diría por ejemplo: "Es cierto... Me doy cuenta... Pero francamente no se qué decir... Es así... Ocurré".
3. **Organización Psicótica.** La persona no tiene acceso al conocimiento de su propio mundo mental, por lo que la confrontación representa un estímulo difícil de gestionar por las defensas de un Yo muy frágil. La respuesta podría ir desde el silencio a la respuesta tangencial, a arranques proyectivos de tinte persecutorio, o al acto agresivo. Sustancialmente, la confrontación puede activar una regresión transitoria que lleva a la pérdida de la prueba de realidad. Por este motivo hay que tener extrema cautela al utilizar esta técnica si se sospecha una organización Borderline de bajo nivel. Una posible respuesta podría ser, con tono irritado y después de un largo silencio: "Entonces... ¿Qué desea de mí?... Dígamelo... No entiendo por qué me hace una pregunta sin sentido como ésta".

Desde un punto de vista teórico, la diferencia entre la organización Neurótica y la Borderline está en que la primera comprende racionalmente y a la vez tiene resonancia afectiva. De hecho, la conciencia de la propia contradicción puede ser notada, incluso por el clínico, como dolorosa, culpógena e, incluso, cargada de valor afectivo. La organización Borderline comprende racionalmente, pero la escisión de los afectos impide un acceso completo: es importante de todos modos notar que el aspecto positivo de la respuesta a la confrontación está precisamente en tener acceso a un conocimiento que falta completamente en la organización Psicótica, que no soporta el estrés y tiende a la regresión. En síntesis, la organización Borderline tiene capacidad de funcionar mejor que la organización Psicótica, pues comprende al menos parcialmente la contradicción.

Otros aspectos significativos de la entrevista se refieren a la anamnesis, durante la cual el clínico debe estar atento a la fiabilidad de la información. Según Kernberg, la historia debe ser recogida hacia el final de la entrevista, para no desviarse ni confundirse por una mezcla de información incomprensible por ser contradictoria. El mismo fenómeno que ocurre en vivo durante la entrevista puede ocurrir respecto a la historia, en la que existe el riesgo de encontrarse con representaciones escindidas evocadas en aquel momento, que podrían ser evocadas de manera opuesta en otro momento. El sujeto Borderline vive en una dimensión temporal más circular que lineal, en la cual los eventos, los significados y las personas se repiten constantemente sin encontrar nunca la manera de desarrollarse. Frecuentemente saltan de la esperanza al fracaso, de un trabajo a otro, de una pareja a otra, de un intento de suicidio a otro, y finalmente, el pasado remoto y el próximo se confunden, de forma que en su mente se generan en distintos momentos distintas versiones de sus historias, aunque casi siempre caóticas. Un aspecto a profundizar de la historia clínica es la de los tratamientos previos, que pueden ser útiles para comprender el diagnóstico, la forma en que éste fue asumido,

qué falló y qué funcionó en el tratamiento y el tipo de relación que el sujeto tiende a mantener con el terapeuta.

Es muy importante la observación del comportamiento durante la entrevista, sobretodo en relación a la presencia de comportamientos impulsivos. Llegar tarde, haber bebido, lentitud psicomotora y dificultad para separarse del terapeuta, son señales de conductas, tal vez de dimensiones microscópicas, pero significativas. Frente a esto, la actitud del terapeuta debe ser más exploratoria que interpretativa, según una lógica relacional de atención y respeto. Las interpretaciones apresuradas pueden ser vividas por el sujeto como acusaciones, y en su interior puede resonar como sentirse rechazado, cayendo en una vivencia de soledad dolorosa que somete a una prueba demasiado dura a la alianza terapéutica que se estaba intentando construir (Maffei, 1997).

En lugar de ello, el terapeuta debe estar atento a sus propias vivencias, que a menudo revelan potentes mecanismos inconscientes recíprocos. Especialmente, la acción de la identificación proyectiva se puede advertir cuando el terapeuta siente que ya no es libre de pensar, sentir o actuar. Desde el momento en que la relación interpersonal genera en el sujeto Borderline una gran activación afectiva negativa, ligada a la ontológica inseguridad de su propia condición en el mundo humano, se pueden activar mecanismos inconscientes de querer controlar al otro, haciendo que el terapeuta se sienta inducido a ser más complaciente, tolerante y cómplice. Esto ocurre sobre todo en momentos críticos, como, por ejemplo, en la planificación de un tratamiento, durante el cual el terapeuta puede sentirse inducido a contradecir su propio estilo sin saber muy bien por qué. En conclusión, y a modo de resumen, los puntos fundamentales son los siguientes:

- Explorar signos y síntomas para rastrear la presencia de un trastorno psiquiátrico;
- Explorar signos y síntomas ligados a la organización de la personalidad;
- Explorar áreas problemáticas desde los datos sobre el tipo organización de las relaciones objetales internalizadas;
- Profundizar la exploración a través de la clarificación y, con cautela, la confrontación;
- Observar el comportamiento durante la entrevista;
- Recoger la historia clínica;
- Prestar atención a las vivencias internas del terapeuta;
- Mantener un rol activo durante la entrevista;
- Actitud exploratoria, participativa, respetuosa y no interpretativa.

II. Diagnóstico categorial

Concepto de diagnóstico categorial

El concepto “diagnóstico” es definido corriente e intuitivamente en sentido categorial, y se refiere implícitamente al modelo médico. De hecho, diagnosticar por categorías significa identificar un conjunto de fenómenos clínicos, normalmente signos objetivos y síntomas subjetivos dotados de coherencia interna y una frontera delimitada con otros conjuntos, entre los cuales se incluye la salud como ausencia de signos y síntomas. En otras palabras, el diagnóstico categorial implica diferencias cualitativas, tanto entre distintos cuadros diagnósticos como ante la condición de salud. Una esquematización sencilla e ideal de lo que acabamos de afirmar se ofrece en la figura 1, en la que se muestra cómo dos cuadros diagnósticos (A y B) claramente diferenciados, se caracterizan por series cualitativamente distintas de signos y síntomas, diferenciándose a su vez del estado de salud caracterizado por la ausencia de todo signo o síntoma.

Figura 1: Diagnóstico categorial

Diagnóstico A signos a, b,... n síntomas a, b,... n	Diagnóstico B signos a', b',... n' síntomas a', b',... n'	Salud ausencia de signos ausencia de síntomas
--	--	--

Que dos cuadros diagnósticos sean realmente tan distintos tiene que ver con la validez del diagnóstico, un aspecto metodológico complejo compuesto por varios elementos, de los cuales aquí resumiremos los que nos parecen más útiles: validez de constructo, operatividad y fiabilidad.

- **Validez de constructo.** Con ese término nos referimos al grado en que -a partir de unas medidas objetivas que se cumplan - pueden trasladarse inferencias al constructo conceptual de donde se hacían proceder dichas medidas. En otras palabras, la validez de constructo se refiere al hecho de medir realmente lo que uno se ha propuesto medir. Por ejemplo, si partimos de un constructo conceptual que definimos “impulsividad” y queremos traducirlo en medidas concretas respecto a una población de sujetos, las mediciones serán válidas desde el punto de vista del constructo si realmente podemos demostrar que hemos medido la impulsividad y no otra cosa.

Un aspecto fundamental de la determinación de la validez de constructo está representado por la **validez convergente** y la **validez discriminatoria**. Para afirmar que las medidas tienen validez es necesario -dentro de un procedimiento definido “multirasgo–multimétodo”- que las medidas demuestren converger con todas las medidas que conceptualmente se pueden remitir al mismo constructo y que no estén relacionadas con aquéllas que se considera que miden aspectos diferentes. La primera es denominada validez “convergente” y la segunda validez “divergente”. En concreto, una medición de la impulsividad tiene que converger con todas las medidas que creemos que miden la impulsividad y diverger de todas aquéllas que miden variables diferentes. Es evidente que “validez de constructo” implica una estricta relación entre aspectos conceptuales y operativos. Para

demostrar que realmente hemos medido lo que queríamos medir es necesario ante todo definir claramente el ámbito conceptual, es decir el campo semántico en cuestión. Si queremos medir la impulsividad es imprescindible aclarar con detalle tanto de qué se trata como de qué **no** se trata. A este respecto pueden crearse dos condiciones. La primera es afirmar que “la impulsividad no es sino impulsividad” (hipótesis definitoria), y la segunda postula que la impulsividad puede que no sea totalmente distinguible de otra cosa, en este caso deberán aclararse las relaciones entre las distintas entidades (hipótesis de relación). Esto último genera la necesidad de hacer lo mismo con la relación entre las medidas, que verosímelmente tendrán áreas de superposición correspondientes.

- **Operatividad.** Es preciso que quede clara la relación entre la concepción teórica y su **operatividad**, es decir, justificar el motivo por el que las medidas han sido definidas de tal forma a partir del constructo teórico. Continuando con el ejemplo de la impulsividad, si deseamos juntar una serie de preguntas para construir una entrevista o un cuestionario, habría que explicar la razón por la que hemos añadido una pregunta respecto al “actuar sin pensar”. Finalmente, es necesario poder volver a remitir la parte operativa a la conceptual, demostrando que hemos medido realmente la impulsividad.
- **Fiabilidad.** El problema de la validez del diagnóstico no debe confundirse con el de la **fiabilidad del diagnóstico**. Este último se refiere a la posibilidad de reproducir la medición y puede abarcarse desde distintas perspectivas, entre las cuales, las más comunes son la **concordancia entre evaluadores** (*inter-rater reliability*) y la concordancia test-retest. La primera atañe el grado de concordancia entre evaluadores distintos: una entrevista hipotética sobre la impulsividad debe poder ser utilizada por varios entrevistadores con la expectativa de llegar a conclusiones que coincidan, al menos vagamente, sobre fenómenos similares. Una manera muy sencilla de evaluar la concordancia entre evaluadores consiste en que dos o más de ellos evalúen a la misma persona y luego comprueben la concordancia de las observaciones. Obviamente hay que tener bajo control las fuentes de variabilidad del entrevistador (experiencia, familiaridad con la entrevista, capacidad de utilizarla, improvisación, etc.). Contrariamente, en la concordancia test-retest se compara el mismo test en dos momentos distintos y se registra el grado de concordancia entre las dos evaluaciones. Naturalmente, también en este caso puede haber factores que interfieren, como la inestabilidad de la variable en el tiempo. Sin embargo cabe recordar que la fiabilidad de una medida no garantiza para nada su validez. Fiabilidad y validez son dos dominios independientes. De hecho, es posible obtener niveles excelentes de concordancia entre evaluadores (fiabilidad) sobre una medida no válida. Suponer que la fiabilidad garantiza la validez es muy peligroso.

Lo que acabamos de afirmar es fundamental para la comprensión de los aspectos metodológicos en los que se basa el diagnóstico categorial. Por ejemplo, admitamos creer que existe una enfermedad, que definimos “Degeneración Celular Binuclear” (DCB) caracterizada por células enfermas que presentan un doble núcleo y que esta característica sea la discriminante frente a otros cuadros clínicos. Supongamos además, que no sea fácil ver si las células tienen uno o dos núcleos ya que pueden darse cuadros en los que la observación es difícil y, por tanto, las técnicas de sondeo diagnóstico implican cierto nivel de complejidad tecnológica y experiencia por parte de los evaluadores. La hipótesis conceptual es que la DCB existe, y constituye un cuadro clínico identificable y distinto de otros, pues sólo en ella se hallan células con dos núcleos. Para demostrarlo será preciso examinar las células ideando modalidades de medición de las diferencias entre células con uno y dos núcleos.

Supongamos que no hay problemas a nivel de fiabilidad y que, por ejemplo, la concordancia entre evaluadores es buena. El problema ahora es demostrar que la presencia de núcleos con dos células sea típica de la DCB (validez convergente) y que ninguna otra enfermedad presenta esta configuración celular (validez discriminativa). En este caso, la medida estará representada por el número de núcleos en la célula, y la validez de constructo de DCB será buena si podemos demostrar que la presencia de células binucleadas es específica de DCB.

Sistemas diagnósticos descriptivos y trastornos de personalidad

En el apartado anterior se han resumido los criterios en los que se basa el diagnóstico categorial, tal como se utilizan normalmente en medicina. Aquí nos planteamos si es posible transferirlos al diagnóstico de la patología psíquica. Una diferencia evidente es que el desarrollo científico de los conocimientos médicos ha estado muy influenciado por el progreso tecnológico aplicado al ámbito clínico, que ha permitido fundar el diagnóstico de síndromes (conjunto de signos y síntomas) en evaluaciones exteriores objetivas. Efectivamente, la revolución científica de la medicina empezó cuando se logró relacionar signos y síntomas con sus raíces biológicas. Cabe recordar, por ejemplo, que la definición diagnóstica categorial de Diabetes Mellitus fue posible sólo a partir del descubrimiento de la escasa producción de insulina por parte del páncreas y del rol de aquella en la regulación de los niveles de glucemia. Sin este conocimiento el cuadro clínico de la enfermedad puede quedar vago y oscuro y puede confundirse con otros cuadros clínicos. Los diabéticos pueden padecer alteraciones en el nivel de conciencia que puede llegar hasta el coma, compatible con varias y distintas patologías. Pero si medimos la glucemia en un sujeto confuso o comatoso, enseguida todo se aclara bajo su especificidad categorial, cualitativa, puesto que es poco probable que un coma diabético se de al mismo tiempo que un coma de otro origen.

Lamentablemente no podemos aplicar el principio de la validación externa del diagnóstico descriptivo por signos y síntomas a las patologías psíquicas, sobre todo en la atribución de relaciones de especificidad entre variables biológicas y cuadros clínicos, de ahí que surja la necesidad de fundar los sistemas diagnósticos categoriales sobre bases meramente descriptivas. Esta es la lógica de los sistemas clasificatorios como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) elaborado por la *American Psychiatric Association* (APA) desde su tercera edición (1980, 1987, 1994), y la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) a cargo de la Organización Mundial de la Salud, en su décima versión (1994).

Sin duda el DSM tuvo gran éxito en general, especialmente en el campo de la patología de la personalidad, de ahí que nos refiramos principalmente a él en este capítulo. También merece la pena esbozar su historia pues se ha convertido, al menos en Italia, en tema de enfrentamiento entre adoradores y detractores. Esta actitud es equivocada y hay que ajustarla a la valoración de la utilidad, las ventajas y los límites.

La necesidad de clasificación de la patología psíquica surgió en los Estados Unidos en el siglo XIX dentro de la recolección de los datos de censo. En el censo de la población de 1880 fueron identificadas siete categorías: manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía, epilepsia. En 1917, la APA adoptó un sistema de orientación kraepeliniano. Al final de la segunda guerra mundial había cuatro sistemas diagnósticos en competición: la revisión de la APA de 1932, el sistema diag-

nóstico del ejército, el de la marina militar y el de la *Veteran's Administration*. Para evitar confusiones, el Comité de Nomenclatura y Estadística de la APA comenzó a elaborar la primera versión del DSM, cuyo objetivo era crear una nomenclatura común fundada en el consenso generado dentro de los conocimientos de la época. La APA envió cuestionarios al diez por ciento de sus miembros pidiendo comentarios sobre una propuesta de organización diagnóstica. El resultado, el DSM-I, se publica en 1952, con tres grupos de patologías: los síndromes cerebrales orgánicos, los trastornos funcionales y la deficiencia mental, agrupadas en 106 diagnósticos, entre ellos sólo uno concerniente a la infancia (reacción de adaptación en la infancia o adolescencia). El DSM-II fue publicado en 1968 e incluía once categorías diagnósticas principales, 185 diagnósticos y siete trastornos dedicados a la infancia y adolescencia.

El DSM-I y el DSM-II fueron duramente criticados por una serie de motivos, entre los cuales destacan: descripción diagnóstica insuficiente, poca referencia a la literatura científica, excesiva concentración de las decisiones en las manos de un número reducido de académicos y una excesiva “medicalización” de los diagnósticos en ausencia de datos empíricos. En pocas palabras, se cuestionaron tanto la **fiabilidad** como la **validez** de los diagnósticos. El líder de los críticos -y del movimiento antipsiquiátrico- fue Thomas Szasz quien, en 1961, publicó un famoso texto titulado: “El mito de la enfermedad mental”, el cual, junto a otros, contribuyó a despertar el debate sobre el riesgo de una estigmatización social de la patología psíquica, la validez del oficio psiquiátrico y de las categorías que éste utiliza. Todo aquello indujo a Robert Spitzer y otros (especialmente en los ambientes académicos que habían quedado más cercanos a la tradición europea, británica en particular y en el marco de la que había sido definida “revolución neo-kraepeliniana”) a revisar la fiabilidad diagnóstica del DSM-II calculando también los índices estadísticos (“K” de Cohen). Se detectó una elevada falta de homogeneidad en la fiabilidad, excepto para deficiencia mental, síndrome cerebral orgánico y alcoholismo. Spitzer y otros, conscientes de esto, comenzaron a estudiar los Criterios Diagnósticos de Investigación (*Research Diagnostic Criteria*, RDC), los Criterios Diagnósticos para Uso en Investigación Psiquiátrica (*Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research* de Feighner) y las entrevistas semi-estructuradas relacionadas con estos últimos. Este estudio permitió a Spitzer ser el jefe del grupo de trabajo (*Task Force*) del DSM-III. Fueron así elaborados criterios para 15 categorías diagnósticas con pruebas empíricas de su validez.

El DSM-III fue innovador por distintas razones. Pese a seguir refiriéndose al modelo médico, trataba de no remitir a ninguna teoría de la patología psiquiátrica (se autodefine como “ateórico”). Incluyó varios ejes de evaluación: Eje I, trastornos clínicos; Eje II, trastornos de la personalidad (TP) y retraso mental; Eje III, Enfermedades médicas; Eje IV, problemas psicosociales y ambientales y Eje V, evaluación de la actividad global. Agregar criterios diagnósticos explícitos y entrevistas semi-estructuradas mejoró considerablemente la fiabilidad, y a diferencia de ediciones anteriores, incluyó cierto fundamento científico. Pese a ello, se desencadenaron polémicas, como las relativas a la desaparición del término neurosis y al diagnóstico de la homosexualidad. Con todo, se hizo tan popular que a partir de los ingresos obtenidos con su publicación, se pudo crear la *American Psychiatric Press*. El DSM contenía 482 páginas y 265 diagnósticos, mientras que el DSM II se componía solamente de 92 páginas con 185 diagnósticos. Sin embargo, quedaban sin resolver cuestiones fundamentales, como la evaluación de las concordancias entre evaluadores. Por ejemplo, si un clínico diagnosticaba un TP

Borderline y otro un TP Histriónico en un mismo paciente, la concordancia habría sido considerada “perfecta”. ¡Pero sólo respecto a los criterios generales de trastorno de personalidad!

El DSM-III-R se pudo publicar a partir de tres hechos: (1) nuevos datos de investigación; (2) resultados de los *field trials* (verificación en campo de la utilidad de los criterios y de la concordancia entre evaluadores, tanto con entrevistas como con descripciones de casos clínicos); y (3) necesidad de aumentar la concordancia con los códigos del ICD. Pese a mantener la misma estructura que la versión anterior, introdujo modificaciones relevantes. El DSM-III-R contenía 297 diagnósticos (22 más que el DSM-III). Pese a su amplia utilización, los dos manuales fueron muy criticados. Muchos de los *field trials* habían sido destinados para expertos de sectores específicos, reduciendo así la cantidad y la variabilidad de las informaciones reunidas. Además, al parecer, el sistema era multiaxial sólo en la teoría, pero no en la práctica. De hecho, se dedicaron 300 páginas a los trastornos de Eje I, 39 al Eje II, 2 páginas al Eje IV y otras 2 al Eje V. Los psicoanalistas empezaron a postular un eje para las defensas y los enfermeros pidieron uno para los niveles de tratamiento.

El DSM-IV, publicado en 1994 para actualizar los diagnósticos a partir de datos científicos, implicó un cambio de rumbo más significativo. Se formó una comisión de 27 personas (entre las cuales había 4 psicólogos), se crearon 13 equipos de trabajo (entre 5 y 16 miembros por equipo) y cada equipo consultaba con veinte consejeros (*advisors*). Cada equipo trabajó cumpliendo una revisión extensiva de la literatura, luego solicitó más datos a los investigadores para definir los criterios que deberían cambiarse y finalmente llevaron a cabo *field trials* multicéntricas para definir en que medida la investigación iba a ser útil para la clínica. El DSM-IV aumentó el nivel de información disponible, describiendo en detalle las características de cada trastorno, la evolución, los patrones familiares, los diagnósticos diferenciales, la edad, el sexo y las diferencias culturales. Incluyó 365 diagnósticos en 886 páginas. Las críticas principales han sido dirigidas a tres aspectos: (1) un enfoque demasiado “biologicista” pese a la manifiesta intención ateórica; (2) la superposición de síntomas; y (3) excesivos codiagnósticos. El DSM-IV-TR, publicado en 2000, tenía el objetivo de corregir errores y revisar el lenguaje, aplicando los datos de las investigaciones más recientes.

Hasta aquí la historia general del sistema diagnóstico. En cuanto a los trastornos de la personalidad (TP a partir de aquí) en el presente, la situación es complicada y presenta aspectos problemáticos que oscurecen el cuadro evolutivo y el destino y las características del Eje II en el DSM-V, que probablemente se publique en el 2011.

Cabe repetir y subrayar que los diagnósticos categoriales del DSM han de considerarse como **hipótesis** de trabajo y, por lo tanto, son susceptibles de revisiones a partir de conocimientos fundados principalmente en la investigación. La historia que acabamos de esbozar muestra claramente que hemos logrado pasar de cuadros clínicos contruidos sobre cierta “arbitrariedad” a un intento de construcción de perfiles compartidos, pues se fundamentan tanto en datos clínicos contrastados científicamente como en la investigación. De hecho, el juicio clínico siempre operó por medio de la observación de fenómenos como signos y síntomas y su agrupamiento en cuadros sindrómicos, sin preocuparse del problema de la evaluación de la fiabilidad de las observaciones ni la validación de los síndromes clínicos. Lejos de quitar importancia a la riqueza de la observación clínica (basta con pensar el esfuerzo de profundizarla en el capítulo destinado al diagnóstico estructural) quiero subrayar el intento cumplido por el DSM de juntar los esfuerzos de los clínicos con los de los inves-

tigadores. Su valor aumenta más aún si tenemos en cuenta que este esfuerzo tiene el fin último de encontrar la mejor manera de tratar a los pacientes, con el consenso clínico y la validación científica de la eficacia de los tratamientos. El propósito diagnóstico más noble nunca brota de un propósito burocrático y autoreferencial, sino que tiende únicamente a encontrar las mejores soluciones para los pacientes. Quienes opinan (según mi experiencia no son pocos) que el DSM describe sólo hechos precisos y diagnósticos validados, y que por eso puede utilizarse como referencia exacta y certera, se equivoca. Como hemos visto, y merece la pena insistir en ello una vez más, el objetivo del DSM es crear una comunidad de lenguaje en la clínica que permita aumentar los datos de investigación compartidos para luego llegar a alguna conclusión razonable sobre la validez de los diagnósticos expresados por la clínica. Si pensamos (volviendo al capítulo de diagnóstico estructural) en la inmensidad de los conocimientos expresada por la tradición psicoanalítica entorno al concepto de personalidad Borderline, por un lado nos quedamos sorprendidos, pero por el otro podríamos preguntarnos por qué no se ha encontrado aún un lenguaje común. Como hemos visto, el concepto de personalidad Borderline difiere según los autores (Kernberg, Meissner, Masterson y Rinsley, por ejemplo). Incluso cabe mencionar la psicología del Sí mismo de Heinz Kohut (no descrita para no complicar demasiado el texto), para quien un sujeto Borderline tiene muy poco que ver con el sujeto Borderline que describe Kernberg. Esta fragmentación es rica cualitativamente pero impide la comparación real en el campo, aumentando el riesgo de paralizar el progreso del conocimiento científico. Está claro (al menos respecto al TP Borderline) que el DSM ha reducido millares de páginas publicadas sobre el tema a sólo **nueve criterios** (de los cuales cinco son suficientes para el diagnóstico). Es una operación extremadamente radical y reduccionista, pero constituye la base común, la hipótesis de trabajo para todos los que quieran estudiar este cuadro clínico, estén donde estén, y con cualquier orientación científica (biológica, psicodinámica o cognitiva). En su sencillez desalentadora, los criterios del DSM están esperando a quienes, en todo el mundo, estén interesados en estudiarlos para suplantarlos, modificarlos o bien eliminarlos. Tal es así que la literatura sobre los TP ha crecido mucho en los últimos veinticinco años, especialmente sobre el TP Borderline, el más estudiado. Sin embargo los peligros no desaparecen, especialmente el uso dogmático de lo que debería estimular la libre investigación y la burocratización de los criterios diagnósticos. El DSM no es un manual de psiquiatría, psicopatología ni psicología clínica, por lo cual no se le puede utilizar para la enseñanza de las disciplinas que acabamos de citar. Nancy Andreasen (2007), ex-presidenta de la APA, nos advierte de este peligro al referirse a la “muerte de la fenomenología clínica por culpa del DSM”, destacando el uso indiscriminado que se hizo de éste en el ámbito didáctico-formativo y en la planificación de los servicios psiquiátricos públicos.

Ya citamos la peculiaridad del Eje II en relación con aspectos problemáticos. Vamos ahora a presentar la situación del tema en función de una adecuada contextualización del TP Borderline, del que hablaremos más adelante en este capítulo. La situación actual presenta las siguientes características generales (Maffei, 2005a). (1) Los criterios diagnósticos están definidos de forma suficientemente clara, sin embargo su utilidad es discutible. (2) La fiabilidad diagnóstica es mejor que en el pasado, sin embargo no está claro si las herramientas diagnósticas son las adecuadas. (3) La validez de las categorías diagnósticas da lugar a muchas dudas. Lamentablemente, estas afirmaciones no se basan en investigaciones extensivas sobre todos los TP. Pocos de ellos han sido estudiados de forma profunda, y para algunos, los datos de investigación son insuficientes para poder afirmar algo con fundamento.

Una revisión de la literatura científica publicada entre 2001 y 2005 examinó 1417 artículos científicos sobre los TP publicados en revistas con *peer review*. En la tabla 1 se muestra la distribución en números absolutos y porcentajes de los trastornos estudiados (Maffei y Volppi, 2006).

Tabla 1. Publicaciones sobre los trastornos de la personalidad entre 2001 y 2005

Todos	729	51,4%
Borderline	338	23,9
Antisocial	100	7,1
Esquizotípico	93	6,6
Trastornos de la conducta	35	2,5
Trastornos Mixtos	25	1,8
Narcisista	16	1,1
Evitativo	16	1,1
Cluster B	16	1,1
Borderline + Antisocial	12	0,8
Cluster C	11	0,8
Depresivo	8	0,6
Obsesivo-Compulsivo	7	0,5
Dependiente	4	0,2
Borderline + Narcisista	3	0,2
Esquizoide	2	0,1

La distribución de diagnósticos ha sido hecha a partir de las indicaciones de las publicaciones científicas que, cabe aclararlo, no siempre son transparentes. Es evidente que el TP Borderline es el más estudiado pues representa por sí solo el 23,9% de los trabajos. Si luego agrupamos las publicaciones por *Cluster*, vemos que el *Cluster B* comprende el 35,5% de las publicaciones, el *Cluster A* está presente en el 6,5%, aunque está prácticamente constituido por publicaciones sobre el trastorno Esquizotípico, y el *Cluster C* representa el 2,7% de las publicaciones. Es interesante destacar que los criterios del DSM representan la referencia diagnóstica en el 72,2% de las publicaciones, y que la procedencia geográfica indica que el 49,7% de los trabajos provienen de Estados Unidos y Canadá y el 40,5%, de Europa. El resto del mundo apenas está representado, pero el DSM se ha utilizado de modo uniforme en los distintos continentes.

Pasando a las características del Eje II, es obvio que el DSM propone un modelo diagnóstico categorial, semejante al utilizado en el Eje I para los trastornos psiquiátricos, aunque los trastornos están repartidos en tres *Clusters*: A (raro-excéntrico), B (dramático-emocional) y C (ansioso), lo cual indica la presencia de un componente dimensional. Así pues, configuraciones psicopatológicas que deberían incorporarse entorno a variables de rasgo, como las que atañen a la personalidad, son tratadas de la misma manera que las que han sido incorporadas en torno a variables de estado (signos

y síntomas). Además, el DSM no propone ningún prototipo de TP, al contrario, todo trastorno está descrito por un patrón de criterios que pueden recombinarse a menudo en un número elevado de configuraciones, en un lógica “politética” que requiere solo un número limitado de criterios para hacer el diagnóstico. En resumen, hay cuatro “palabras clave” sobre el enfoque del DSM hacia los TP. (1) Ateórico: no se considera ninguna teoría de la personalidad o patogénesis de los trastornos. (2) Categorical: las diferencias entre trastornos son cualitativas. (3) Parcialmente dimensional: los trastornos están entre ellos relacionados por medio de dimensiones transversales que permiten identificar los tres *Clusters*. (4) Politético: un número limitado de criterios es suficiente para el diagnóstico.

Este modelo conlleva una serie de problemas, según destacan los datos de la investigación y la experiencia clínica. (1) Elevado codiagnóstico entre TP¹ y con trastornos del Eje I. (2) El enfoque politético determina un número muy elevado de posibles combinaciones de criterios y de subtipos diagnósticos. (3) Los TP no son tan estables con el paso del tiempo como se suponía. A continuación se examinarán los tres tipos de problemas, recordando que muchos de los temas que aquí resumimos serán retomados en la exposición más detallada sobre el TP Borderline.

1. Codiagnóstico

Normalmente, la concomitancia diagnóstica es denominada “comorbilidad”, pero el término no es el adecuado. El concepto de comorbilidad procede de la medicina interna y se refiere a todas las patologías co-presentes generadas a partir de la observación clínica (Feinstein, 1970). Sin embargo, el término puede emplearse sólo si hay motivos razonables para creer que las patologías concomitantes sean independientes. Cuando subyacen factores o dimensiones comunes, es necesario hablar de “covarianza”. Ahora bien, si estas distinciones son posibles en medicina, los conocimientos actuales de las patologías psíquicas no permiten hacer esta distinción con una base científica. De hecho, el campo de los TP en concreto es el paradigma de la refutación de la hipótesis de la comorbilidad.

El DSM-III y el DSM-IV han generado altos porcentajes de codiagnóstico. Ésto no es totalmente negativo, puesto que, al faltar conocimientos definidos y vastos sobre la naturaleza de los trastornos mentales, la estrategia del sistema diagnóstico implica la necesidad de recoger la mayor cantidad posible de información. El caso de los trastornos mentales representa, sin embargo, un exceso, y ha generado mucho descontento, tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación (Gunderson y Ronningstam, 2001; Widiger, 2003). La copresencia excesiva de trastornos sucede tanto entre los TP del Eje II como en su relación con los trastornos del Eje I. Los motivos del codiagnóstico pueden ser varios.

- **Codiagnóstico con Eje II.** El problema toca el núcleo del andamio categorial del diagnóstico, minando su validez. Muchas fuentes demuestran que la mayoría de los sujetos presentan dos o más diagnósticos. Este fenómeno puede deberse a la presencia de dimensiones psicopatológicas latentes, que unen transversalmente a trastornos que parecen independientes. Ya hemos afirmado que una verdadera comorbilidad (con base biológica) es improbable en el ámbito psicopatológico porque el número de los sistemas neurobiológicos es limitado y hay

¹N del T: también entre casos con un mismo diagnóstico de TP (Forti *et al.*, 2008).

interacciones significativas entre ellos. Tal es así que algunos psicofármacos son eficaces en trastornos que, al parecer, son diferentes entre ellos desde un punto de vista fenomenológico. Por ejemplo, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son eficaces en depresión, obsesiones y compulsiones, ansiedad y trastornos de conducta alimentaria, lo que hace sospechar que la serotonina está implicada en cada uno de estos trastornos. Se han propuesto tres tipos de soluciones al problema: (a) pasar a un sistema de diagnóstico dimensional; (b) crear jerarquías diagnósticas entre los TP actuales y (c) crear jerarquías diagnósticas mixtas. La primera será desarrollada en el tercer capítulo de este volumen. La segunda no está sostenida por la investigación, la cual tiende más bien a demostrar la imposibilidad de subordinación de unos trastornos a otros (Hopwood *et al.*, 2006). La tercera, que no es sino la reorganización en *Clusters*, también sigue siendo una teoría no sostenida por datos científicos.

- **Codiagnóstico entre Eje II y Eje I.** El exceso de concomitancias diagnósticas puede deberse a problemas relacionados con: (a) los instrumentos diagnósticos; (b) los criterios diagnósticos mismos; (c) la diferenciación conceptual entre los trastornos de cada eje. Cabe cuestionar a los instrumentos su capacidad para detectar (de acuerdo con uno de los criterios generales para el diagnóstico de TP) fenómenos clínicos a partir de la adolescencia o principios de la edad adulta. Si los instrumentos sólo capturan datos sobre algunos años previos al momento de la exploración se corre el riesgo de confundir los síntomas del Eje I, quizás más crónicos, con aspectos del Eje II. Respecto a los criterios, el problema puede deberse a que, en realidad, son una mezcla de variables de rasgo y de estado. Volveremos a este problema en la evaluación de los resultados de estudios longitudinales. Por último, los problemas de la diferenciación conceptual entre los trastornos de cada eje pueden deberse a que, en la transición del DSM-III al DSM-IV, se ha aumentado el área conceptual de los trastornos del Eje I, tanto respecto a la precocidad de su inicio como a su cronicidad. Estas cuestiones han llevado a sugerir el abandono de la distinción de dos ejes, llevando al eje algunos aspectos de los TP especialmente ligados al concepto de trastorno en las relaciones interpersonales. No hay, sin embargo, pruebas de que esta solución sea mejor que el mal que trata de corregir.

2. Aproximación politética

El enfoque politético, al permitir múltiples combinaciones de criterios, facilita la producción de demasiados subtipos diagnósticos. Por ejemplo, el TP Borderline contempla nueve criterios, de los cuales la presencia de cinco es suficiente para el diagnóstico, generando varias decenas de combinaciones posibles que solo tienen utilidad estadística pero ninguna significación clínica. Por ello, los grupos de sujetos con un mismo diagnóstico son excesivamente heterogéneos. Por otra parte, cabe cuestionarse si todos los criterios tienen el mismo peso para representar el trastorno. Volveremos a la eficiencia de los criterios en la discusión sobre la validez diagnóstica del TP Borderline. Sin embargo, aquí cabe subrayar que debería ser posible discriminar criterios más representativos y específicos de otros criterios menos específicos, y dicha distinción sería muy útil para saber sobre qué hay que actuar terapéuticamente en forma selectiva. Otro aspecto problemático es el de la arbitrariedad de los umbrales diagnósticos que discriminan solamente la ausencia o la presencia del trastorno. Hoy en día, un sujeto que presenta al menos cinco criterios

es diagnosticado como Borderline, pero si mañana el umbral aumenta o disminuye, el número de sujetos diagnosticados cambiaría. Cabe cuestionarse si esta ordenación binaria (ausencia o presencia del TP) es útil: ¿Un sujeto que cumple sólo cuatro criterios es igual que otro que cumple sólo con un criterio? Ninguno de los dos puede ser diagnosticado como Borderline, pero es evidente que su nivel de patología es diferente, lo cual remite una vez más a la necesidad de un diagnóstico dimensional.

3. Estabilidad temporal del diagnóstico

Este tema es crucial, puesto que la estabilidad del diagnóstico a lo largo del tiempo debería estar implícita en el diagnóstico de patología de la personalidad. Los datos aportados por la investigación empírica han abierto serias dudas sobre la estabilidad temporal de los TP del DSM, como veremos en otra sección de este capítulo.

El trastorno de personalidad Borderline (TP Borderline)

Características clínicas

Según el DSM-IV, los criterios diagnósticos del TP Borderline son los siguientes (APA, 1994):

Un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos, y marcada impulsividad, que comienza a principios de la edad adulta y está presente en diversas áreas, como lo indican al menos cinco de los siguientes criterios:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginado (excluidas la conducta suicida y automutilaciones del criterio 5).
2. Un patrón de relaciones inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad, potencialmente dañina para sí mismo, en al menos dos áreas (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). No incluir la conducta suicida y las automutilaciones incluidas en el criterio 5).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o conductas de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, suele durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira intensa e inapropiada o dificultad para controlar la ira (por ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

El DSM-III-R (APA, 1987) había elaborado una lista de criterios muy similares, que en algunos casos contenían aclaraciones útiles. El criterio 2 destacaba que la idealización tenía que ser, de hecho, una hiper-idealización. El criterio 3 distinguía las áreas problemáticas de la identidad (auto-imagen, orien-

tación sexual, objetivos o elecciones de trabajo, amistades y valores). El criterio 7 añadía a los sentimientos de vacío los de aburrimiento. El noveno criterio, en cambio, fue añadido en el DSM-IV.

Cabe destacar que los criterios del DSM-IV se registran de acuerdo con un supuesto orden de eficiencia diagnóstica, término que se refiere a la capacidad del criterio para representar el trastorno en su conjunto: es evidente que cuanto más eficiente sea el criterio, más específico será para ese determinado trastorno, siendo altamente representativo de él. Pero este orden de eficiencia es teórico, no sustentado por los datos de la investigación. Sobre este tema, que es de gran importancia para la cuestión de la validez de constructo, volveremos de nuevo más adelante en la revisión y discusión de los estudios empíricos. Gunderson (2001) ha hecho un buen trabajo sobre el valor clínico de cada criterio, que a continuación se resume y comenta.

1. **Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono.** El criterio se basa en los escritos de Rinsley y Masterson (1975), Gunderson y Singer (1975), Adler y Buie (1979), y está en consonancia con el pensamiento y la investigación de quienes creen que la problemática del apego es central en el desarrollo del TP Borderline (Bateman y Fonagy, 2004). Como puede verse en las referencias bibliográficas, este criterio se remonta a aquella corriente del pensamiento psicoanalítico que mencionamos en el capítulo sobre el diagnóstico estructural, que resaltó el papel de la relación problemática del sujeto Borderline con el objeto, en la perspectiva de un valor intrínseco de la relación y del intento de salvaguardarla de la agresividad causada por la frustración, o por cualquier otra causa. Según este punto de vista, el Borderline está desesperadamente necesitado de la relación (cree que su Sí mismo se aniquilaría si perdiera la relación), pero al mismo tiempo tiene tremendas dificultades en el manejo de sus dinámicas. Este enfoque se diferencia del estructural de Kernberg pues sugiere que la relación objetal no está fundamentada en defensas de escisión (que “rompen” al objeto en lugar de salvaguardarlo tal como es) y, por lo tanto, toma más en cuenta la relación interpersonal real y considera un error creer que la relación real es sólo un escenario en el que se proyecta el mundo interno. Kernberg, de hecho, coloca en primer lugar las representaciones objetales, y hace depender los acontecimientos concretos de lo que ocurre en el mundo intrapsíquico, donde el objeto se escinde, al igual que el Sí mismo, y siempre en función de salvaguardar algún tipo de relación positiva, aunque al final no está claro si los Borderline son capaces de mantener relaciones humanas reales y significativas fuera de la configuración escisional. Dedicaremos una amplia sección a la relación entre el apego problemático y el TP Borderline.
2. **Un patrón de relaciones inestables e intensas que alternan idealización y devaluación.** Es evidente que este criterio es la traducción simplificada y “superficial” de la configuración objetal interiorizada, tal como Kernberg la describe al referirse a la organización Borderline de la personalidad.
3. **Alteración de la identidad.** Es la otra cara de la moneda de las relaciones objetales interiorizadas en la organización Borderline de la personalidad.
4. **Impulsividad en áreas potencialmente autolesivas.** Este problema ya había sido identificado durante los intentos de tratamiento analítico de sujetos que aún no eran diagnosticables como Borderline, concepto que estaba aun en fase de estructuración en el lenguaje clínico. Ya Reich (1933) advirtió a los analistas sobre la actuación por activación de defensas caracteriales en pacientes neuróticos. La tendencia a la actuación ha sido considerada como representante de

defensas de nivel primitivo. La profundización de los conocimientos relacionados con el DSM ha ido definiendo cada vez más la impulsividad como una de las principales características del TP Borderline (especialmente respecto a su estabilidad temporal y a su raíz biológica) dentro de la configuración temperamental. El papel de la impulsividad, así como el significado de este término, será aclarado más detenidamente en la sección dedicada a la investigación empírica.

5. **Conductas, intentos o amenazas suicidas recurrentes o automutilización.** En realidad, dentro de este criterio están incluidas diversas características psicopatológicas. En lo que concierne las conductas suicidas, cabe recordar que un 10% de los Borderline acaba con su vida (Paris y Zweig-Frank, 2001), mientras que un porcentaje mucho más alto realiza “intentos suicidas”, que en realidad deberían denominarse “conductas parasuicidas”. Con este término (Kreitman *et al.*, 1969) nos referimos a un comportamiento que se declara como suicida, pero cuya aplicación da a entender que hay una clara discrepancia entre la intención y la forma en que se concreta. Obviamente, puede haber casos en que una conducta parasuicida acabe en un resultado letal por causas accidentales, pero de todas formas, sin el control voluntario del sujeto. La diferencia entre el primer y el segundo tipo de conducta es también importante porque remite a la posibilidad de que las conductas realmente suicidas sean motivadas por situaciones clínicas que van más allá de la frontera del TP Borderline, por ejemplo la co-presencia de un episodio depresivo mayor. Paris (2002) informó que el riesgo de suicidio en los TP Borderline aumenta en presencia de abuso de sustancias, y que el suicidio real aumenta en relación lineal con abuso de sustancias, TP Borderline y episodio depresivo. Las automutilaciones se dan muy frecuentemente en los sujetos Borderline, especialmente bajo la forma de cortes, quemaduras, hematomas, cabezazos contra la pared, mordiscos, etc. Las causas, que son muchas, se detallarán en la sección dedicada a la investigación empírica.
6. **Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.** La extrema labilidad emocional de los sujetos Borderline fue descrita por varios autores (Grinker *et al.*, 1968; Zetzel, 1971; Meissner, 1984) y ha planteado la cuestión de la relación entre este TP y el Trastorno Afectivo. Mucho se ha escrito sobre esta relación aunque a veces con prejuicios intencionados más que con datos de investigación. De hecho, quienes intentaron impugnar de forma radical la validez clínica del concepto Borderline lo hicieron a partir de los problemas afectivos de estos sujetos (Akiskal, 2004). Al igual que con los demás criterios, el problema se abordará en la sección dedicada a la investigación empírica.
7. **Sentimientos crónicos de vacío.** Este criterio, a pesar de su brevedad, es extremadamente complejo. Como remite a la experiencia subjetiva, es difícil de valorar, es poco fiable y es difícil de transmitir verbalmente. De ahí que haya un doble problema: ¿Qué significa exactamente? y ¿Qué es lo que los sujetos transfieren de su experiencia interior? En todo caso, es uno de los criterios que sin duda más se acerca a lo que significa ser Borderline “por dentro” o “sentirse” Borderline. En este sentido, la experiencia subjetiva de vacío se cita a menudo como depresión, por lo que el clínico debe tener particular cuidado a la hora de explorar las diferencias entre el vacío y la depresión. Sin duda la gente realmente deprimida no se siente vacía, sino que está llena de una variedad de estados mentales negativos, de marca afectiva y cognitiva, y que verbalizan como tristeza, pérdida de interés en la vida, indignidad, culpabilidad, etc. Incluso cuando se trata de vivencias “negativas”, sin embargo, como la pérdida de interés, sigue habiendo un contenido que se puede definir como indiferencia o pérdida, que remite a un mundo objetal. Si la vida ya

no me interesa, tengo la percepción de que algo ha perdido valor, pero entonces ¡es que antes lo tenía! Ese “algo”, su representación cognitiva, las vivencias del pasado, permanecen. Mientras que el vacío remite a la ausencia objetal y de relación. Cabe pensar que esta vivencia tiene que ver más con una especie de falta originaria, más asociada con la identidad que con el estado de ánimo, y que la difusión de identidad está relacionada con la sensación subjetiva de vacío, impidiendo al individuo autodefinirse con su identidad verdadera y real, y detrás de la continua fluctuación de representaciones transitorias y alternantes, positivas o negativas, queda una identidad inconsistente, indefinida y vacía. A veces, los sujetos Borderline se describen en términos de “no sé quién soy”. Es posible también que el sentimiento de vacío remita a problemáticas aún más radicales como las que Balint (1968) definía con el término “falta básica” (*basic fault*), una falta del fundamento del Sí mismo, más profunda que la carencia o la confusión. De hecho, la falta básica remite a la percepción de la carencia del estatuto de sí mismo en calidad de persona como entidad psicofísica. Este aspecto fue destacado también por Adler (1985), quien describe el sentimiento de vacío como requisito previo para el desarrollo de los fenómenos regresivos que denomina “pánico de aniquilación”, en los cuales el sentimiento de falta de cohesión interna (que podría deberse a la patología de la identidad) aumenta tanto que lleva a una angustia intensa y profunda, como si el Sí mismo fuera a desintegrarse: la muerte psíquica. Como ya se detalló en el capítulo sobre el diagnóstico estructural, la cuestión de la patología de las relaciones objetales es fundamental para la comprensión de la personalidad Borderline. Las posibles interpretaciones de la naturaleza del sentimiento de vacío remiten a dos formas distintas de concebir esta problemática. El concepto de Adler permite interpretar la patología de las relaciones objetales como carencia fundamental de introyecciones (empleando el lenguaje de Masterson) o representaciones objetales interiorizadas (según el lenguaje de Kernberg). Estos dos autores, sin embargo, consideran que el problema principal es la difícil integración, especialmente en el plano de los afectos, de los Objetos internos, cuyas representaciones sean suficientemente estables. Según Adler, las teorías de Kernberg y de Meissner se refieren a la ambivalencia, mientras la suya se refiere a la insuficiencia de las relaciones objetales. Su teoría explica la ansiedad de separación y es coherente con la teoría de los niveles de funcionamiento de Gunderson (1984), que ya hemos citado. En definitiva, un aspecto central del debate teórico sobre la patología de las relaciones objetales sigue estructurado en torno a dos hipótesis opuestas: para una es fundamental la necesidad de la presencia del Objeto, pues no se ha alcanzado un nivel suficiente de estabilización de las representaciones interiorizadas del objeto, mientras que para la otra es fundamental la integración fallida, la contradicción de las representaciones del Objeto, que aun así son suficientemente sólidas y estables en el tiempo. En el primer caso, la pérdida del Objeto implica una amenaza de desintegración del Sí mismo, que no tiene un punto de referencia interno, mientras que en el segundo caso prevalece la dificultad del Sí mismo para relacionarse con el objeto, llegando a desorientarse ante la multiplicidad de facetas de su propia identidad, aunque casi nunca corre el riesgo de desaparecer del todo. Un último aspecto del problema sobre el vacío es la relación entre el vacío y el aburrimiento, es decir, la frontera con los fenómenos clínicos pertenecientes al ámbito del narcisismo.

8. **Ira inapropiada e intensa.** También este criterio es más complejo que lo que la breve descripción da a entender y, además, hasta en este caso puede haber ambigüedades semánticas, que tienen que ver con el exacto significado del criterio y la forma en que se puede entender. La ira está relacionada con el problema de la agresividad, que como hemos visto en el capítulo sobre el

diagnóstico estructural, es fundamental en la personalidad Borderline. Sin embargo, el concepto de agresividad es vago y heterogéneo y, por eso, cabe enfocar la relación entre las dos entidades con el respaldo de los datos de la investigación, que presentaremos en la sección pertinente.

Adler (1985) considera que la ira en los sujetos Borderline tiene que ver con los aspectos frustrantes de sus relaciones interpersonales, especialmente cuando el otro no está disponible para satisfacer las crecientes necesidades de gratificación. Dado que el rechazo por parte del otro es interpretado como un ataque a la supervivencia del Sí mismo, queda claro que hay una especie de equivalencia entre la no-satisfacción, el sentimiento de agresión sufrido, el peligro para su propia integridad y la supervivencia psíquica. La cólera que surge de la percepción de la agresión sufrida tiene además un papel negativo, ya que la ira hacia el otro real desencadena la “cancelación” del Objeto interno, ya de por sí precario e inestable. Utilizando la terminología de Adler, la ira provoca una pérdida de la utilización de los *holding introjects* (objetos introyectados que apoyan o sostienen), de las representaciones y de los objetos transicionales, lo cual se debe a una disminución de la capacidad cognitiva, especialmente de las huellas mnésicas de los objetos. En otras palabras, la ira conduce a la pérdida de la memoria de evocación, que está estrictamente vinculada a la estabilidad de las representaciones de objetos, o bien a la constancia del Objeto. Más detenidamente, Adler distingue dos niveles. En el primero, denominado *recognition memory rage* (ira de memoria de reconocimiento), la ira implica la pérdida de la capacidad de evocación del *holding object*. Normalmente, el sujeto Borderline frustrado por el terapeuta pierde la capacidad de recordar que el mismo terapeuta fue una fuente de ayuda y apoyo en otras ocasiones. En este nivel la capacidad de mantener el contacto con el otro real de forma positiva no se pierde, así como la capacidad de hacer uso de objetos transicionales. En el segundo nivel, llamado *diffuse primitive rage* (ira primitiva y difusa), la ira ha crecido tanto que ya no se reconoce al otro real como positivo, llegando al pánico de aniquilación, por la combinación de la separación del otro real, la pérdida del Objeto interno y la catástrofe del sí mismo. Cabe aclarar que, según Kernberg, la ira hace desaparecer al Objeto idealizado y la defensa escisional lleva a reactivar la relación con el objeto negativo, devaluado. Como hemos destacado antes, la relación con el objeto sigue permaneciendo de todas formas, y por eso también la representación del Sí mismo no está profundamente amenazada.

9. Ideación paranoide relacionada con el estrés, o síntomas disociativos graves. Con respecto a este criterio remitimos al capítulo del diagnóstico estructural.

Tanto desde la observación clínica como desde la investigación se ha debatido mucho la cuestión de la relación entre el diagnóstico del TP Borderline y el género. Se ha observado una prevalencia de sujetos de género femenino con historiales de abuso sexual o físico, y frecuentemente la co-presencia del Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT). En los hombres, sin embargo, se ha observado la prevalencia de un TP Antisocial acompañado a menudo por el uso de sustancias. Datos procedentes del *Collaborative Longitudinal Personality Study* (CLPS), que ofrecen una muestra muy amplia y con diagnósticos precisos, han puesto de manifiesto una distribución ecuánime entre los géneros, sin embargo la expresividad clínica femenina ha sido asociada mayormente con abusos infantiles y con TPEPT, y la masculina con lo antisocial, el narcisismo y el uso de sustancias. Los autores creen que estas correlaciones están más relacionadas con el género que por el TP Borderline en sí (Johnson *et al.*, 2003). Es de destacar la falta de asociación entre sexo femenino y depresión, que anteriormente se consideraba indiscutible.

La reseña de los criterios clínicos del TP Borderline lleva a cuestionarse la naturaleza del conjunto de ellos. La elección se ha cumplido según los procedimientos del DSM anteriormente esbozados, sin garantías sobre la validez del diagnóstico y la validez del constructo. En otras palabras: ¿Qué elemento “une” a los criterios? ¿Se trata de un síndrome clínico o, dicho de otra forma, de un conjunto de fenómenos razonablemente agrupados desde el punto de vista clínico? Y, más allá de ello ¿Tiene sentido creer que el síndrome clínico es validado también por criterios estadísticos como los que se han mencionado anteriormente? ¿Cumple el conjunto de los fenómenos clínicos con los criterios de validez convergentes y divergentes? ¿Son estadísticamente coherentes unos con otros y no lo son con otros criterios? ¿Tienen todos los fenómenos descritos por los criterios el mismo derecho de pertenecer al trastorno, o sea, altos niveles de especificidad, o algunos serían más específicos que otros? Anteriormente hemos visto que el orden propuesto por el DSM-IV está supuestamente fundado en una especificidad descendente (según eficacia diagnóstica). ¿La investigación empírica confirma este orden o bien propone otro? Trataremos de responder a estas preguntas sobre la base del conocimiento científico actual.

Validez del constructo

Los estudios empíricos que han abordado esta cuestión no son muchos, y se publican especialmente a partir de 1983. Primero serán presentados brevemente en orden cronológico y, a continuación, se comentarán.

Rosenberger y Miller (1983) efectuaron un análisis factorial del TP Borderline según el DSM-III-R basándose en los datos reunidos a partir de una entrevista semi-estructurada en una muestra de 106 estudiantes universitarios (no-clínica, homogénea y de poca edad). Se aislaron dos factores: el primero asociado con los problemas de la identidad y las relaciones interpersonales, el segundo con la regulación de la conducta y la afectividad.

Clarkin y colaboradores (1993) efectuaron un análisis factorial de los criterios de TP Borderline según el DSM-III-R a partir de datos obtenidos con una entrevista semi-estructurada en una muestra de 75 mujeres hospitalizadas en una sección especializada para el tratamiento del trastorno. Se aislaron tres factores: el primero, relacionado con problemas de la identidad y relaciones interpersonales; el segundo, con problemas de afectividad, incluida la tendencia suicida; y el tercero, con la impulsividad. La muestra examinada era clínica, y todos los sujetos admitidos tenían un número significativo de criterios para el diagnóstico de TP Borderline.

Blais y colaboradores (1999b) efectuaron un estudio en una muestra muy reducida de sujetos pertenecientes a ambos sexos (33 Borderline y 43 no Borderline), utilizando los criterios del DSM-IV en el procedimiento LEAD (*Longitudinal Export Evaluation Using All Data*) (Spitzer, 1983). Al emplear una regresión logística *stepwise* se ha averiguado que los mejores predictores de la presencia del trastorno Borderline están representados por el siguiente grupo de ítems: “esfuerzos por evitar el abandono, relaciones inestables, trastorno de la identidad, inestabilidad afectiva”.

Fossati y colaboradores (1999a) (Precedido por un estudio preliminar con resultados comparables, Maffei y Fossati, 1999), efectuaron un análisis factorial confirmatorio de los criterios del TP Borderline según el DSM-IV a partir de datos obtenidos con una entrevista semi-estructurada, en una muestra clínica de 564 sujetos de ambos sexos, ambulatorios e ingresados, que luego fueron admitidos a una

unidad de observación especializada para el tratamiento del trastorno. Se detectó una estructura unifactorial. Además, el modelo categorial del trastorno ha sido testado con un análisis exploratorio de las clases latentes sostenido por el mismo modelo categorial, aun dejando abierta la posibilidad de la presencia de subtipos diagnósticos. El orden de eficiencia de los criterios ha sido diferente al propuesto por el DSM-IV. La tabla 2 muestra la eficiencia de los criterios de acuerdo con la hipótesis del DSM-IV y el estudio empírico.

Tabla 2. Eficiencia diagnóstica de criterios (en orden descendente): según el DSM-IV y obtenida empíricamente

DSM-IV (teórica)	Estudio empírico (Fossati <i>et al.</i> , 1999a)
Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono	Relaciones interpersonales inestables
Relaciones interpersonales inestables	Trastorno de la identidad
Trastorno de la identidad	Sentimientos crónicos de vacío
Impulsividad	Inestabilidad afectiva
Conductas y gestos suicidas	Impulsividad
Inestabilidad afectiva	Ideación paranoide y síntomas disociativos
Sentimientos crónicos de vacío	Ira intensa e inapropiada
Ira intensa e inapropiada	Conductas y gestos suicidas
Ideación paranoide y síntomas disociativos	Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono

Obviamente, no es posible sacar conclusiones a partir de un único estudio, sin embargo, los datos del cuadro son interesantes, incluso en comparación con lo presentado en el capítulo sobre el diagnóstico estructural. El problema básico de la validez diagnóstica se refiere a la correlación entre la coherencia de la observación clínica y la coherencia demostrada estadísticamente (eso no quiere decir que la segunda confirme la primera y que, por lo tanto, el diagnóstico pueda considerarse no válido). Además, es importante conocer qué fenómenos, y en qué medida, contribuyen a la coherencia interna del diagnóstico. Los datos previos, que van a favor de la validez de constructo del TP Borderline, también presentan características interesantes en cuanto a la eficiencia de los criterios. La eficiencia, tal como hemos destacado antes, es la representatividad del criterio para todo el diagnóstico. Por ejemplo, se puede afirmar que tener orejas grandes y colmillos, son criterios de alta eficiencia para la entidad elefante; mientras que tener cuatro piernas sería un criterio de muy baja eficiencia, puesto que muchos animales las tienen, mientras que muy pocos, quizá sólo los elefantes, tienen orejas grandes y colmillos. Por tanto, pensar en un animal con orejas grandes y colmillos trae automáticamente a la mente la idea de un elefante, mientras que pensar en un animal con cuatro patas trae a la mente un sinnúmero de animales, entre ellos el elefante también, siendo uno entre muchos, es decir, no específico.

Volviendo a los criterios de eficiencia del TP Borderline, la presencia en primer lugar, de las problemáticas en las relaciones interpersonales inestables y el trastorno de la identidad confirman, al parecer, la sensatez del modelo estructural de Kernberg. Además, el hecho de que los sentimientos crónicos de vacío sigan a estos dos criterios, da fuerza a la importancia del problema de la identidad. En el debate de cada uno de los criterios del DSM-IV hemos subrayado que los sentimientos de vacío se pueden interpretar a la luz de varias teorías psicoanalíticas, formando una encrucijada muy importante. Inmediatamente después de esta tríada, siguen los problemas afectivos y la impulsividad. Esto permite afirmar que el estudio en cuestión no es diferente de los dos mencionados anteriormente, porque, al parecer, la tríada predominante se refiere a la patología de las relaciones objetales, el desarreglo afectivo y el bajo control de la impulsividad. El hecho de que la ansiedad de abandono -que en la lista del DSM-IV está en primera posición- se haya deslizado hasta el final es porque se trata de un criterio descriptivo de una conducta, no de un rasgo personalógico o componente estructural. Como tal, es probable que esté subordinado, o bien sea un componente estructural de criterios estructurales de mayor importancia.

El estudio de Sanislow y sus colaboradores (2000) efectuó un análisis factorial confirmatorio de los criterios del TP Borderline de acuerdo con el DSM-III-R y sobre la base de datos reunidos a partir de una entrevista semi-estructurada en una muestra de 141 sujetos Borderline ingresados, de ambos sexos. Se aislaron tres factores: relacional (relaciones inestables, trastorno de la identidad, sentimientos de vacío), conducta (impulsividad y conductas suicidas-automutilantes) y disregulación afectiva (inestabilidad afectiva, ira inapropiada, esfuerzos por evitar el abandono).

Un estudio posterior de Sanislow y sus colaboradores (2002a) efectuó un análisis factorial confirmatorio en un grupo de 668 sujetos de ambos sexos con distintos TP y con necesidad de tratamiento, evaluados por medio de una entrevista semi-estructurada. Este estudio evaluó sujetos procedentes de distintos centros pero dentro del *Collaborative Longitudinal Personality Study (CLPS)*, un amplísimo estudio realizado conjuntamente con varias universidades americanas y cuyos resultados están siendo muy interesantes en diversas esferas. Además, para validar el modelo de tres factores aislado en el estudio anteriormente mencionado (Sanislow *et al.*, 2000), 498 sujetos fueron reexaminados dos años más tarde por evaluadores que desconocían los diagnósticos precedentes. Los resultados replicaron la estructura de tres factores del estudio anterior.

Sanislow y colaboradores (2002b) efectuaron un análisis factorial para confirmar los criterios diagnósticos de los TP Borderline, Esquizotípico, Obsesivo-compulsivo y Evitativo, dentro del estudio CLPS, ya mencionado. Los sujetos fueron reexaminados dos años más tarde por examinadores que desconocían los diagnósticos precedentes. Los resultados confirmaron la estructura de los cuatro trastornos, obviamente teniendo en cuenta la posibilidad de soluciones donde se incluyeran las posibles heterogeneidades dentro de cada trastorno. Los autores señalaron la necesidad de replicar los resultados en una muestra más representativa de la población general de sujetos con TP (ésta fue seleccionada para investigación).

Rothschild y colaboradores (2003) utilizaron dos procedimientos taxométricos (MAXCOV y MAMBAC) para comprobar por medio de una entrevista semi-estructurada la estructura categorial del TP Borderline en una muestra de 1389 sujetos de ambos sexos, diagnosticados como Borderline, en tratamiento ambulatorio. La metodología taxométrica (Meehl y Waller, 1998) ha sido ampliamente

utilizada en la investigación empírica del diagnóstico y está basada en la posibilidad de diferenciar categorías de dimensiones latentes. Identificar categorías implicaría una relación de discontinuidad en la distribución de una determinada variable en la población general, mientras identificar dimensiones implicaría una relación de continuidad con ella. Como es fácil de entender, el contraste entre categorías y dimensiones se sigue basando en la distinción entre las diferencias cualitativas y las cuantitativas. La metodología taxométrica ya había sido aplicada al TP Borderline en tres estudios previos (Trull y colaboradores, 1990, Simpson, 1994, Ayers y colaboradores, 1999). Pese a que los resultados estaban a favor de una solución dimensional, el primer estudio mostró una débil estructura categorial (Korfine y Lenzenweger, 1995). Los otros dos estudios tienen un problema metodológico respecto a la fiabilidad de los resultados: como no se alcanzaba un número suficiente de sujetos que permitiera utilizar variables continuas, utilizaron indicadores dicotómicos.

El estudio de Johansen y colaboradores (2004) ha utilizado tanto el análisis factorial exploratorio confirmatorio en una muestra de 930 pacientes de ambos sexos, con diversos TP, dentro del programa noruego para el tratamiento de los TP en hospital de día. El procedimiento diagnóstico llevado a cabo incluía una entrevista semi-estructurada complementada por datos de la observación clínica. Los resultados mostraron una estructura monofactorial, con buena validez convergente y discriminativa. La evaluación de la eficiencia de los criterios no ha replicado la hipótesis del DSM-IV. En la tabla 3 se muestra la comparación entre la eficiencia de los criterios supuesta por el DSM-IV, la de los estudios de Fossatti *et al.* (1999) y la de este estudio.

Aquí se confirma la alta eficiencia diagnóstica de los criterios asociados con el trastorno de identidad, aunque el peso de los sentimientos crónicos de vacío (que en el estudio de Johansen y colaboradores acaba en última posición) es muy diferente entre los dos estudios empíricos. Este resultado, según los autores, es debido a un problema en la definición del criterio, que remite a vivencias subjetivas de difícil demarcación. Ello, sin embargo, no explica el resultado tan diferente de la investigación de Fossatti y colaboradores, en la cual, de las 256 combinaciones posibles de los nueve criterios del TP Borderline se destacan 136 combinaciones. Este dato es contrario a la hipótesis de agrupaciones “preferenciales” de los criterios para el TP prototípico.

El estudio de Grilo y colaboradores (2004a) examinó la eficiencia de los criterios para TP Borderline en 130 pacientes hispanos monolingües de ambos sexos, a tratamiento ambulatorio específico para tratamiento de dependencia de sustancias. El diagnóstico de TP Borderline se hizo a través de una entrevista semi-estructurada, complementada con datos clínicos, de acuerdo con el *best-estimate method* (método mejor estimado). El criterio de mayor eficiencia fue la tendencia a realizar gestos suicidas o autolesivos, seguido por la ideación paranoide, síntomas disociativos bajo estrés y trastorno de la identidad. El aporte más interesante de este estudio consiste en el haber investigado una población étnica definida, abriendo así la comparación con perspectivas transculturales. La tabla 4 indica los datos comparativos entre los diferentes estudios y el DSM-IV.

Tabla 3. Eficiencia diagnóstica teorizada por el DSM-IV y obtenida empíricamente en dos estudios

Hipótesis DSM-IV	Estudio empírico (Fossati <i>et al.</i> , 1999a)	Estudio empírico (Johansen, 2004)
Esfuerzos por evitar el abandono	Relaciones interpersonales inestables	Relaciones interpersonales inestables
Relaciones interpersonales inestables	Trastorno de la identidad	Inestabilidad afectiva
Trastorno de la identidad	Sentimientos crónicos de vacío	Trastorno de la identidad
Impulsividad	Inestabilidad afectiva	Ira intensa e inapropiada
Conductas y gestos suicidas	Impulsividad	Impulsividad
Inestabilidad afectiva	Ideación paranoide...	Conductas, gestos suicidas
Sentimientos crónicos de vacío	Ira intensa e inapropiada	Esfuerzos por evitar el abandono
Ira intensa e inapropiada	Conductas y gestos suicidas	Ideación paranoide...
Ideación paranoide...	Esfuerzos por evitar el abandono	Sentimientos crónicos de vacío

Tabla 4. Eficiencia diagnóstica teorizada por el DSM-IV y obtenida empíricamente en tres estudios

Hipótesis DSM-IV	Estudio empírico (Fossati y col., 1999a)	Estudio empírico (Johansen y col., 2004)	Estudio empírico (Grilo y col., 2004a)
Evitación del abandono	Relaciones inestables	Relaciones inestables	Suicidio
Relaciones inestables	Trastorno de identidad	Inestabilidad afectiva	Ideación paranoide
Trastorno de identidad	Vacío	Trastorno de identidad	Trastorno de identidad
Impulsividad	Inestabilidad afectiva	Ira	Relaciones inestables
Suicidio	Impulsividad	Impulsividad	Impulsividad
Inestabilidad afectiva	Ideación paranoide	Suicidio	Ira
Vacío	Ira	Temor al abandono	Vacío
Ira	Suicidio	Ideación paranoide	Evitación del abandono
Ideación paranoide	Evitación del abandono	Vacío	Inestabilidad afectiva

El estudio de Becker *et al.* (2006) ha utilizado el análisis factorial exploratorio en una muestra de 123 adolescentes hospitalizados de ambos sexos, con una edad media de 16 años, diagnosticados con una entrevista semiestructurada. El análisis factorial generó una solución de cuatro factores que daba cuenta del 67% de la varianza: factor I (amenazas o actos de autólisis y vacío o aburrimiento), factor II (inestabilidad afectiva, rabia descontrolada y alteración de identidad), factor III (relaciones inestables y temor al abandono) y factor IV (impulsividad y alteración de identidad). La regresión logística, utilizada para verificar si los factores identificados podrían predecir los trastornos del eje I,

aporta los siguientes resultados. El factor I predice trastornos afectivos y dependencia al alcohol; el factor II predice trastornos por ansiedad y trastorno oposicionista; el factor III predice trastornos por ansiedad y el factor IV predice trastornos de conducta y abuso de sustancias. Los factores han sido identificados como negación de sí mismo, irritabilidad, relaciones interpersonales problemáticas e impulsividad. Este estudio, que ha dado resultados diferentes a los estudios hechos en adultos, y que, por la edad de los pacientes debe ser tomado con cautela, es interesante porque alumbra un área poco estudiada en la investigación empírica respecto a las características del TP Borderline, incluso en la adolescencia. Particularmente, la relación entre la negación de sí mismo (factor I) con la depresión y el uso de alcohol podría ayudar a explicar la contribución del alcohol para aliviar sentimientos de vacío y aburrimiento, pero también la relación entre el abuso de alcohol y el aumento del riesgo de suicidio en los adolescentes. Se ha observado que el uso de sustancias y la depresión representan factores independientes e interactivos en relación a la ideación autolítica y a la puesta en acto de tentativas autolíticas en la adolescencia. Los tres componentes del factor II son el mejor predictor de TP Borderline en la adolescencia (Becker *et al.*, 2002). Las características del factor IV destacan la relación entre la impulsividad, el uso de sustancias y el trastorno de conducta respecto al desarrollo de rasgos antisociales en el adulto.


El estudio de Clifton y Pilkonis (2007) ha utilizado el análisis factorial de confirmación y el análisis de clases latentes en una población mixta (clínica y no clínica) de 411 sujetos de ambos sexos. Los sujetos fueron diagnosticados con una entrevista semiestructurada para el DSM-III-R. El análisis factorial mostró una estructura monofactorial del TP Borderline, mientras que el análisis de clases latentes mostró la presencia de dos clases, una con alta probabilidad de padecer síntomas de TP Borderline, la otra con baja probabilidad. Esto sugiere que es posible subdividir, dentro de una población heterogénea, a los sujetos Borderline de los No-Borderline. Los resultados de este estudio son semejantes a los del estudio de Fossati *et al.* (1999), sugiriendo entre otras cosas que el punto de corte para el diagnóstico de TP Borderline debería ser reducido de cinco a tres criterios.

Como comentario final de esta reseña de estudios es posible afirmar que los estudios citados muestran una solución categorial, con lagunas de ambigüedad y difuminación, sugiriendo la presencia de fuentes de heterogeneidad más o menos manifiestas. Obviamente, no tienen la misma potencia que algunos estudios sobre el TP Esquizotípico (Golden y Meehl, 1979; Lenzenweger y Korfine, 1992; Tyrka *et al.*, 1995; Blanchard *et al.*, 2000; Fossati *et al.*, 2001a; Haslam y Kim, 2002; Fossati *et al.*, 2005a) o sobre el TP Antisocial (Harris *et al.*, 1994; Ayers *et al.*, 1999; Skilling *et al.*, 2001a; Skilling *et al.*, 2001b), que han permitido verificar por unanimidad una estructura taxonómica, validando así la estructura categorial de dichos TP. En otras palabras, estos estudios, si bien tienden a validar el constructo del TP Borderline, sugieren tres subgrupos diferenciables por características clínicas alrededor de tres factores: identidad; relaciones interpersonales-impulsividad y afectividad.

Esta subdivisión, además de tener sentido estadístico y empírico, es muy útil desde el punto de vista clínico. De hecho puede ser utilizada para reagrupar a los sujetos Borderline siguiendo un criterio complementario de gravedad, como se muestra en la tabla 5, en la que se reagrupan todos los criterios en tres grupos de gravedad creciente. Esta subdivisión tiene también utilidad en el plano terapéutico, porque la presencia de conductas impulsivas implica la necesidad de mayor estructuración del tratamiento, como incluir todas las medidas que favorezcan la continuación del tratamiento, especialmente cuando el trabajo es psicoterapéutico. El concepto de estructuración

del tratamiento ha sido muy bien desarrollado por Kernberg y su escuela, que parte de un modelo psicoanalítico y trata de permanecer fiel al mismo lo más posible, defendiendo la relación dual de base simbólica de los actos que interfieren gravemente y frecuentemente generan interrupciones del tratamiento. Todas las modalidades de tratamiento de pacientes Borderline toman en cuenta, como criterio clínico de primer orden para planificar el tratamiento, la presencia de conductas impulsivas y autolesivas. Valorarlas antes de iniciar cualquier tratamiento es también un dato intuitivo, desde el momento que la actuación, especialmente la autolesiva, a nivel de la comunicación simbólica es por definición un elemento de ruptura de la relación. Este no es el sitio para profundizar este aspecto, por lo cual se recomienda la lectura de textos que abordan el tema de manera exhaustiva (Linehan, 1993a, 1993b; Clarkin *et al.*, 1999; Livesley, 2003; Bateman y Fonagy, 2004).

Tabla 5: Reagrupación de los criterios diagnósticos según utilidad clínica (Clarkin *et al.*, 1998, modificado)²

Gravedad creciente	Estructuración del tratamiento	
	Identidad	Trastorno de la identidad Relaciones interpersonales inestables Sentimientos de vacío o aburrimiento
	Afectos	Inestabilidad emocional Ira intensa e immotivada
	Impulsividad	Impulsividad en áreas peligrosas Conductas suicidas Conductas autolesivas

Muchos de los estudios ligados al problema de la validez del constructo del TP Borderline sostienen hipótesis que defienden que los criterios del DSM tienen algún tipo de coherencia interna, mientras que los estudios con una perspectiva dimensional tienden a considerar a las características del TP como una simple “extensión” de las características de la personalidad de la población general. En una extensa revisión sobre el tema, publicada en tres artículos del *Biological Psychiatry* (Skodol *et al.*, 2002a y 2002b; Siever *et al.*, 2002), se señalaron varios problemas relativos al diagnóstico y se extrajeron algunas conclusiones a partir de evidencias científicas integradas con la experiencia clínica. A continuación se citan las principales conclusiones.

1. El TP Borderline presenta un “núcleo” fenotípico constituido por: alteración de la identidad y relaciones interpersonales inestables, impulsividad y disregulación emocional.
2. Las bases de este núcleo residen probablemente en alteraciones de procesos neurobiológicos determinados en parte genéticamente.

² N del T: Clarkin no incluye dos criterios del DSM: Ideación paranoide y Esfuerzos por evitar el abandono

3. El diagnóstico clínico debe ser efectuado mediante entrevistas semiestructuradas y debe acompañarse de otros diagnósticos de Eje I y Eje II.
4. Desde el momento en que los umbrales diagnósticos no han sido validados por la investigación, es oportuno construir el perfil diagnóstico describiendo los criterios presentes del TP diagnosticado, pero también la presencia de criterios de otros TP aunque no lleguen al umbral diagnóstico. En otras palabras, debe tenerse en cuenta el DSM tanto en su aspecto categorial como dimensional. Si un sujeto satisface seis criterios de TP Borderline, será diagnosticado como tal (pese a que cinco sean suficientes). Pero además, es conveniente describir qué criterios son, pues las combinaciones posibles son muchas y sugieren niveles de gravedad, y si existen criterios de otros TP aunque no lleguen al umbral diagnóstico. Por ejemplo, un sujeto podría satisfacer criterios para diagnóstico de TP Borderline, dos criterios de TP Narcisista y uno de Dependiente.
5. Hay que complementar la evaluación diagnóstica basada en criterios DSM con una evaluación dimensional. Hay modelos dimensionales de la personalidad con instrumentos específicos, generalmente cuestionarios autoaplicados.

Esta serie de comentarios y recomendaciones es relevante y útil tanto para el clínico como para el investigador, pues concentra lo mejor de cada área de conocimiento para conseguir un diagnóstico más completo y fiable, a sabiendas de los límites actuales del conocimiento. Al agregar más fuentes de evaluación dimensional también se modula y amplía el mismo concepto de diagnóstico categorial. En definitiva, incluir más fuentes de conocimiento permite, por una parte, aumentar la fiabilidad del diagnóstico categorial según criterios DSM, y por la otra, articular este diagnóstico con la heterogeneidad de los sujetos, especialmente su pertenencia a diferentes subtipos. Como los resultados de los estudios han mostrado por unanimidad, el TP Borderline gira alrededor de ciertas áreas clínicas “nucleares”, pero al mismo tiempo tiene fuentes de heterogeneidad poco definidas, que obligan a equilibrar el componente nomotético-clasificadorio del diagnóstico, con el ideográfico-personalizado, capaz de capturar la singularidad. En el capítulo dedicado al diagnóstico dimensional se presentarán las principales teorías dimensionales de la personalidad, y en el capítulo dedicado a casos clínicos se mostrará en concreto la aproximación diagnóstica mixta, con el DSM-IV y la batería diagnóstica descrita en el apéndice.

Tabla 6. Recomendaciones para un buen uso del diagnóstico

Diagnóstico	Instrumento	Objetivo
DSM-IV, categorial: TP Borderline = 5 o + criterios	Entrevista semiestructurada	Fiabilidad
DSM-IV, organizado dimensionalmente	Entrevista semiestructurada	Fiabilidad. Integrar el diagnóstico categorial con criterios por debajo del umbral.
Modelos dimensionales	Cuestionario	Integrar el diagnóstico categorial con perfiles de personalidad de población contrastable con la población general

Obviamente, todo lo reseñado implica también integrar los diagnósticos efectuados con instrumentos estandarizados (entrevistas semiestructuradas y cuestionarios) con la entrevista clínica libre, especialmente si está organizada según los criterios estructurales de Kernberg, y de una profunda anamnesis. En la tabla 6 se resume lo dicho en este apartado.

Estabilidad temporal de los criterios y evolución

El DSM-IV exige, para el diagnóstico clínico de TP, la presencia de criterios generales que enfatizan la gravedad y persistencia de los fenómenos psíquicos en cuestión. Este importante aspecto debe ser tenido en cuenta en la práctica clínica para evitar diagnósticos impresionistas que generen falsos positivos. No se trata tanto de una cuestión de diagnóstico, de hecho, sino también de ética profesional ante los pacientes. Estoy convencido de que a veces el clínico se deja influenciar por los aspectos más evidentes o impactantes de la fenomenología clínica, sin valorar en profundidad la duración, el grado de la invasión ni el efecto negativo en la vida interior y conductual del paciente. Para precisar mejor este aspecto, a continuación se resumen los criterios diagnósticos generales para los TP (APA, 1994).

- A. Patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, manifestándose en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos.
- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. Tampoco es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicación) ni a una enfermedad médica (traumatismo craneal).

El criterio D se refiere a la larga duración y a la estabilidad de las características clínicas. Si la patología de la personalidad tiene variables de rasgo y no de estado, es obvio que los fenómenos clínicos deben ser estables en el tiempo. Las variables de estado, representadas por síntomas y signos, deberían caracterizar mejor a la patología del eje I, más cercana al resto de patología médica, mientras que la personalidad, organizada alrededor de componentes estables, debería generar desviaciones patológicas más estables. El eje II del DSM-IV se refiere implícitamente a un modelo de rasgos de la personalidad. De hecho, afirmar que las áreas significativas son cognición, afectividad, relaciones interpersonales y control de impulsos, significa afirmar, por ejemplo, que si la regulación de los impulsos es una característica estable de la personalidad normal, su disminución es una característica estable de la personalidad patológica. En honor a la verdad, las dificultades en las relaciones interpersonales deberían ser consideradas como una variable no isomorfa a las restantes, sino subordinada o resultante de una o más de las restantes. Es evidente que una persona muy impulsiva, con distorsiones cognitivas, disregulación afectiva y un pensamiento pesimista tendrá grandes dificultades para adaptarse al mundo social. Cualquiera que sea la jerarquía de los componentes de la personalidad, la resultante

es que sólo podemos hablar de TP si las características patológicas son estables en el tiempo, porque el concepto “personalidad” se refiere a conjunto de rasgos, es decir, características estables en el modo de sentir, pensar, actuar³. Todas estas consideraciones, sin embargo, deben hacer frente a un problema decisivo: la **estabilidad** de los criterios que describen los TP del DSM-IV es una **hipótesis**. Aceptamos, como verdad apodíptica, que el principio general por el cual los descriptores de las características de la personalidad son representativos de variables de rasgos es válido. Sin embargo falta demostrar (siempre y cuando las presuntas variables de rasgo no sean consecuencias) si son relevantes al menos por dos razones. (1) Los TP no se distinguen tan claramente de los Trastornos del eje I: podrían ser descritos y organizados como variables de estado. (2) No es posible distinguir si la eventual inestabilidad de los criterios se debe al criterio mismo o al paciente.

Es evidente que el primer aspecto puede tener consecuencias en el plano general de la validez de todo el eje II, no sólo en el TP Borderline. Como se verá más adelante, hay autores que sostienen que el eje II debería ser eliminado y sus categorías absorbidas por los trastornos psiquiátricos. Esta propuesta reactiva un antiguo problema, que es la base del moderno desarrollo conceptual y operativo de la patología de la personalidad, representado por la relación entre los diagnósticos *inferenciales* y *los descriptivos* (Maffei, 1993).

La historia del concepto de “Borderline” comenzó con intentos de clasificaciones descriptivas, de cuadros clínicos semejantes a la psicosis pero de evolución atípica. Por ejemplo, la *ambulatory schizophrenia* de Zilboorg (1941), la esquizofrenia pseudoneurótica de Hoch y Polatin (1949), o la psicosis latente de Bychowsky (1953). El adjetivo “Borderline” ha estado unido a muchos sustantivos, como estado, condición, síndrome, personalidad, en una confusión terminológica y clínica que hizo afirmar a Robert Knight (1953) que este diagnóstico debería ser considerado como un cesto en el que acaba colocándose de todo (*wastebasket diagnosis*), o mejor, y en términos más útiles para la reflexión científica, todo lo que no entra en las categorías ya codificadas. El drama, de hecho, del término, es que sugiere algo que está “**entre**” y no “**en**”. Aunque hoy nuestros conocimientos han aumentado considerablemente, todavía el nombre no ha sido modificado⁴, por lo que este TP sigue cargando con el peso de su controvertida historia. La situación comenzó a cambiar cuando Kernberg propuso desplazar el plano de observación diagnóstica de síntomas hacia la inferencia de una organización de la personalidad, no observable. Desde entonces se estabilizó el concepto de patología de la personalidad como “Organización Borderline de la personalidad”, ya descrita en el capítulo del diagnóstico estructural. Sin duda, la propuesta de Kernberg era muy coherente al afirmar que los rasgos de personalidad, siendo organizadores latentes de la misma, deben ser inferidos y no descritos como los síntomas que les acompañan y aparecen en la superficie. Hacer un diagnóstico inferencial significa fundamentalmente pasar de la observación de los fenómenos de superficie a sus organizadores latentes mediante el uso de una teoría que permita efectuar tales operaciones. Por ejemplo, si una persona está delante de un muro y ve salir humo por detrás de éste, el dato observable es el humo, pero si tiene una representación conceptual que relaciona el humo con el fuego, podrá afirmar con certeza que detrás del muro hay fuego, pese a no poder verlo directamente. El desafío del DSM-III, y de otros modelos subsiguientes, ha sido construir un sistema

³ N del T: y también relacionarse (DSM-IV-TR).

diagnóstico capaz de dar cuenta de la patología de la personalidad a partir de una base puramente descriptiva, sin elaboraciones conceptuales, y describir rasgos patológicos de la personalidad como diferentes a los signos y síntomas de la patología del eje I: el DSM ha intentado describir el fuego sin poder saltar el muro.

Retomando el problema de la estabilidad temporal del TP Borderline, y recordando que su importancia está conectada con la validez del diagnóstico y con la naturaleza misma del diagnóstico de TP, es necesario aclarar cuánto se sabe sobre la estabilidad temporal de los criterios, pues su estabilidad es parte del diagnóstico general de TP. Sin embargo, los criterios no son homogéneos respecto a su naturaleza de rasgo estable. Los criterios más estables deberían ser considerados como los más ligados a la naturaleza de rasgos y por lo tanto más representativos del Trastorno, como elementos nucleares del mismo.

A continuación citaré las revisiones más importantes sobre la estabilidad de los rasgos. Hay poca literatura científica sobre este tema, especialmente por el coste y la dificultad de los estudios longitudinales, pero el TP Borderline es prácticamente el único estudiado desde este punto de vista. El tema ha sido muy discutido por varios autores de renombre (Paris, 1998; Stone, 1989; 1993; Zanarini *et al.*, 1991; McGlashan, 1992; Perry, 1993; McDavid y Pilkonis, 1996; Grilo *et al.*, 1998; Grilo y McGlashan, 1999; Grilo *et al.*, 2000) que han constatado por unanimidad una serie de problemas metodológicos: muestras reducidas, diagnósticos no estandarizados, no tomar en cuenta la disposición para el tratamiento ni las exploraciones durante los seguimientos, insuficiente descripción del co-diagnóstico con Eje I y Eje II, duración del seguimiento demasiado variable y ausencia de grupos de control. Globalmente, la estabilidad de los criterios diagnósticos fue inferior a la esperada.

Los estudios para valorar la estabilidad diagnóstica del TP Borderline, utilizando entrevistas diagnósticas semiestructuradas y según criterios metodológicos específicos (Gunderson *et al.*, 1975; Pope *et al.*, 1983; McGlashan, 1983; Barasch *et al.*, 1985; Paris *et al.*, 1987; Kullgren y Armelius, 1990; Silk *et al.*, 1990; Loranger *et al.*, 1991; Stevenson y Meares, 1992; Links *et al.*, 1993; 1998; Meijer *et al.*, 1998) han mostrado una estabilidad diagnóstica muy variable: 14% en un grupo de 14 adolescentes seguidos durante 3 años (Meijer *et al.*, 1998); 78% en un grupo de 9 pacientes recuperados, seguidos durante un período de entre 1,5 y 3 años (Silk *et al.*, 1990); 90% en un estudio de 10 pacientes ambulatorios seguidos durante 3 años (Barasch *et al.*, 1985); 55% en un grupo complejo de 462 sujetos. Para complicar el cuadro, cabe recordar que muchos estudios han presentado elevados porcentajes de abandonos, suscitando el problema de las características de los sujetos que abandonaron los estudios, puesto que podrían tener características diferentes a las de quienes siguieron en los estudios, como por ejemplo, nivel de gravedad. En otros estudios, el período de seguimiento fue desde 6 meses (Loranger *et al.*, 1991) hasta 15 años (McGlashan, 1983; Paris *et al.*, 1987). También la edad de los sujetos fue muy variable, siendo la estabilidad diagnóstica más baja en los sujetos adolescentes, hecho en cierta manera predecible, puesto que a esa edad el diagnóstico es una duda (el DSM-IV mismo exige una edad mínima de 18 años para el diagnóstico, a excepción de cuadros estables y graves que han durado al menos un año) y genera muchos falsos positivos. Globalmente,

⁴ N del T: El término de la CIE 10 (inestable emocional) parece más adecuado.

la estabilidad del TP Borderline ha sido valorada negativamente en relación al seguimiento (Perry, 1993; McDavid y Pilkonis, 1996).

Sin duda un aporte significativo ha sido el del *Collaborative Longitudinal Personality Study* (CLPS), que ha reclutado una muestra amplia de pacientes, dentro de un proyecto de valoración longitudinal muy preciso de cuatro TP (Borderline, Esquizotípico, Evitativo y Obsesivo-Compulsivo), comparados con un grupo control de sujetos deprimidos pero sin TP (Gunderson *et al.*, 2000; McGlashan *et al.*, 2000). A continuación se resumen los primeros resultados en una muestra de 621 sujetos (sobre una muestra inicial de 668) valorados a los seis y doce meses de la primera entrevista, publicados en el 2002 (Shea *et al.*, 2002).

En primer lugar, el 44% de los sujetos con TP mantuvo el diagnóstico durante los doce meses, frente al 4% de los sujetos deprimidos (Tabla 7). Esto demuestra que estos pacientes precisan tratamientos a largo plazo.

En segundo lugar, durante el período de seguimiento, particularmente los primeros 6 meses, el número de criterios presentes ha disminuido en todos los TP. Al inicio del estudio, el número medio de criterios era el siguiente: Borderline = 6,8 (ds=1,4), Esquizotípico = 5,8 (ds=1,0), Evitativo = 5,5 (ds=1,1), Obsesivo-Compulsivo = 5,2 (ds=1,1). El más estable ha sido el TP Evitativo, mientras que la muestra de sujetos con TP Borderline explorado en este estudio ha mostrado un nivel de estabilidad diagnóstica del 41%, inferior al que informan los estudios de seguimiento a mayor plazo (15 años), que verificaron que el 55% de los sujetos se mantiene por encima del umbral diagnóstico (al menos cinco criterios). Los autores del estudio han explicado esta diferencia a partir de diferencias metodológicas sustanciales entre su estudio y los previos. Primero, que en este estudio cada criterio fue evaluado rigurosamente cada mes, por lo cual se controló si el número de criterios permitía mantener el diagnóstico. Segundo, los pacientes reclutados eran demandantes activos de tratamiento, por lo tanto en una probable situación clínica problemática⁵. Tercero, como los entrevistadores en cada prueba eran los mismos para cada paciente, es posible que estuvieran influenciados emocionalmente para mantener a los pacientes en tratamiento. Cuarto, la influencia de la variable “tratamiento”, difícil de controlar pero necesaria en estudios que pretendan capturar la realidad clínica, debe ser incluida. Por ejemplo, valorando la intensidad del tratamiento y el porcentaje de cambio en sujetos con TP Borderline y TP Esquizotípico se observó que a mayor intensidad de tratamiento se corresponde un menor cambio, probablemente porque los sujetos más graves son los que recibieron tratamiento más intensivo. Lenzenweger (1999) obtuvo un resultado semejante y con la misma metodología, pero en sujetos no clínicos: la mayor mejoría se obtuvo en los primeros meses de tratamiento, minimizando el rol del efecto terapéutico. Para explicar un aspecto importante de la falta de homogeneidad en la relación entre variables de rasgo y variables conductuales en los TP evaluados se ha sugerido la siguiente hipótesis: si los criterios diagnósticos son en teoría variables de rasgo, es probable que durante la evaluación se mezclen con variables de estado, conducta o situaciones vitales puntuales, y que el porcentaje de unos respecto a los otros sea diferente en cada TP. Si esto fuera cierto habría que recordar que el TP Evitativo es el que más variables de rasgo tiene. Los resultados obtenidos hasta la fecha sugieren la conveniencia de revisar la prospectiva diagnóstica de los TP prestando

⁵ N del T: o también con un mejor nivel de organización de personalidad, con más insight y conciencia de enfermedad.

más atención a las variables de rasgo dentro de los criterios diagnósticos (Shea, 1992; Sanislow y McGlashan, 1998). Los autores han enfatizado la necesidad de comprender mejor la relación entre evolución clínica y adaptación a la realidad: sería muy problemático descubrir que los sujetos con TP “curan” por haber bajado el número de criterios DSM por debajo del umbral diagnóstico sin que haya cambiado su calidad de vida.

El *Collaborative Longitudinal Personality Study* (CLPS) ha profundizado en aspectos que nunca habían sido explorados empíricamente en un número tan grande de pacientes con TP y a largo plazo. El estudio ha puesto en evidencia los siguientes aspectos.

1. Eficacia diagnóstica de los criterios DSM en términos de variable de rasgo (estables), respecto a una posible mezcla con variables heterogéneas de estabilidad temporal.
2. Necesidad de identificar las auténticas variables de rasgo estables en el tiempo y que representen los aspectos nucleares de los TP.
3. Relación entre las variables clínicas, como los criterios DSM, y las ecológicas, más ligadas a la calidad de vida y nivel de adaptación a la realidad.
4. Relación entre las modificaciones temporales de rasgos y tratamiento.

El estudio de Grilo *et al.* (2004b) ha evaluado la misma población que el estudio precedente extendiendo el período de seguimiento a 24 meses, y efectuando evaluaciones diagnósticas a ciegas (sin conocer las precedentes). Se refinaron los procedimientos estadísticos de valoración de la evolución temporal de los criterios, encontrando poca precisión en la relación entre criterios por encima o por debajo del umbral, que el DSM-IV ha hecho de manera un poco arbitraria. A continuación, se resumen los resultados de este estudio.

1. El porcentaje de sujetos que a 24 meses conservaban el diagnóstico, comparado con el de los evaluados a los 12 meses es semejante (tabla 8). Esto implica que los porcentajes de abandono de tratamiento son bajos durante el segundo año de seguimiento.
2. El cálculo de las curvas de supervivencia (tiempo para llegar a la remisión, calculado como la presencia de dos o menos criterios) a los dos y doce meses de seguimiento (tabla 9).
3. La valoración de posibles efectos de otras variables (edad, género, etnia y trastornos en el Eje I) no muestran influencia significativa.

Tabla 7. Estabilidad de cuatro TP durante 12 meses (Shea *et al.*, 2002)

Borderline (n = 158)	Esquizotípico (n = 82)	Evitativo (n = 147)	Obsesivo-Compulsivo (n = 146)
65 (41%)	28 (34%)	82 (56%)	61 (42%)

Tabla 8. Estabilidad temporal de 4 TP a 12 meses (Shea *et al.*, 2002) y a 24 meses (Grilo *et al.* 2004b)

Borderline (n = 158)	Esquizotípico (n = 82)	Evitativo (n = 147)	Obsesivo-Compulsivo (n = 146)
65 (41%) a 12 meses	28 (34%) a 12 meses	82 (56%) a 12 meses	61 (42%) a 12 meses
Borderline (n = 154)	Esquizotípico (n = 78)	Evitativo (n = 131)	Obsesivo-Compulsivo (n = 136)
67 (44%) a 24 meses	30 (39%) a 24 meses	65 (50%) a 24 meses	54 (40%) a 24 meses

Tabla 9. Porcentaje de remisiones a los 24 meses a partir de curvas de supervivencia de 2 y 12 meses (Grilo *et al.*, 2004b)

	Borderline (n = 154)	Esquizotípico (n = 78)	Evitativo (n = 131)	Obsesivo-Compulsivo (n = 136)
2 meses	42%	33%	47%	55%
12 meses	23%	28%	31%	38%

Los resultados de esta investigación confirman lo informado por Shea *et al.* (2002), quienes utilizaron criterios más precisos y estrictos: de hecho no es lo mismo afirmar que un sujeto está por debajo del umbral diagnóstico, sin aclarar si cumple con cuatro o cero criterios, que afirmar que cumple con dos o menos criterios durante dos meses, o incluso doce meses. En el caso de los sujetos con TP Borderline, el 23% muestra una “remisión” consistente a los 24 meses (considerando remisión a la presencia de no más de 2 criterios durante 12 meses consecutivos). Como ya se ha dicho, si existe remisión, ésta ocurre principalmente en los primeros seis meses de seguimiento (y de hecho el porcentaje de sujetos con TPL disminuye), pero si los criterios se vuelven más restrictivos, la remisión es menor. En síntesis, si se adopta un criterio laxo de remisión (2 meses con 2 o menos criterios presentes) el 58% de los sujetos sigue cumpliendo los criterios para TP a los 2 años, mientras que si se adopta un criterio más estricto (12 meses con 2 o menos criterios), el porcentaje de sujetos con criterios para TPL sube a 72%. Si se subdivide la población según un criterio de gravedad (número de criterios presentes), se observa que a lo largo del período de seguimiento cada individuo se queda en la franja de origen, por lo cual los niveles no se mezclan, pese a las fluctuaciones de la intensidad de los fenómenos clínicos. Generalizando los resultados, la estructura de los TP que aparece muestra un cuadro mixto, con componentes estables, aunque fluctuantes en su expresión sintomática, y otros componentes inestables.

Un estudio exploró la diferenciación entre componentes estables e inestables a lo largo del tiempo, es decir la diferencia entre variables de rasgo y variables de estado, dentro de la heterogeneidad de los criterios del DSM-IV. Este estudio valoró la prevalencia y estabilidad de los criterios durante el período de seguimiento de dos años previsto por el *Collaborative Longitudinal Personality Study* (CLPS) (McGlashan *et al.*, 2005). En la tabla 10 se muestran los resultados obtenidos con 201 sujetos Borderline. Se observa que el orden de prevalencia de los criterios al inicio de la valoración y a los dos años no cambia: inestabilidad afectiva, ira e impulsividad son las variables más frecuentes y estables al menos durante dos años. También se puede observar que los criterios menos frecuentes se

mantienen elevados (60%). Si se toman en cuenta los criterios que remiten a los dos años se observa la misma lógica: impulsividad, ira e inestabilidad afectiva son los tres criterios que menos remiten, mientras que criterios menos presentes en la exploración basal (temor al abandono, alteración de identidad y autolesiones) son también los que más fácil desaparecen a lo largo del período de seguimiento. Estos resultados son relevantes, por el tamaño de la muestra, por la precisión diagnóstica al inicio del estudio y por la frecuencia y precisión de las evaluaciones periódicas.

La interpretación de estos resultados es muy importante, al menos para buscar elementos concretos sobre los criterios “nucleares” del trastorno, presuponiendo que una mayor estabilidad en el tiempo sugiere mayor cercanía a las variables de rasgo, es decir al núcleo patológico. Según los autores de la investigación, la representatividad del rasgo podría estar relacionada con características temperamentales, es decir, el sustrato más biológico-genético de la personalidad, mientras que los criterios más lábiles a lo largo del tiempo podrían ser interpretados como comportamientos “aprendidos”, o como “tentativas de afrontamiento”, es decir, intentos de adaptación defensiva cuando las características más nucleares son confrontadas (Links *et al.*, 2000).

Si volvemos al problema fundamental de la validez de constructo del diagnóstico de TP Borderline, es necesario confrontar los resultados de los estudios estadísticos (análisis factorial de criterios) con los resultados de los estudios longitudinales. Estos, todos dentro del *Collaborative Longitudinal Personality Study* (CLPS), parecen confirmar que al menos dos de las tres áreas patológicas identificadas por los estudios estadísticos (inestabilidad afectiva e impulsividad) son esenciales en el TP Borderline. Los datos sobre inestabilidad afectiva se pueden integrar con la asociación entre el curso del TP Borderline y el de la depresión mayor en el seguimiento a dos años (Shea *et al.*, 2004).

Estas dos áreas han sido consideradas como posibles “endofenotipos” del trastorno (Siever y Davis, 1991; Linehan, 1995; Livesley *et al.*, 1998; Siever *et al.*, 2002; Koenigsberg *et al.*, 2002; Donegan *et al.*, 2002). Usualmente el nivel endofenotípico de investigación se mueve en el ámbito de las variables biológicas, y puede considerarse más cercano al genotipo que al fenotipo, puesto que es más probable que la expresividad de los genes se manifieste a través de dimensiones biológicas, las cuales a su vez tienen alguna relación con la expresividad clínica. Es improbable que los fenómenos clínicos, como los síntomas y signos, sean una consecuencia directa de la expresividad genética. Más adelante se considerarán las principales variables endofenotípicas del TP Borderline (impulsividad, agresividad, relación con trastornos afectivos, neuropsicología y resultados de neuroimagen cerebral). De momento prefiero resaltar un aspecto conflictivo sobre la discordancia entre los estudios estadísticos y longitudinales para determinar los criterios más representativos del TP: ¿son los criterios eficientes y estables?

Tabla 10. Criterios del TP Borderline en exploración basal y a dos años (McGlashan *et al.*, 2005, modificado)

Criterios presentes, basal	%	Criterios presentes, a 2 años	%	Criterios ausentes, a 2 años	%
Inestabilidad afectiva	95	Inestabilidad afectiva	63	Impulsividad	21
Ira	87	Ira	57	Ira	22
Impulsividad	81	Impulsividad	55	Inestabilidad afectiva	23
Relaciones inestables	79	Relaciones inestables	53	Relaciones inestables	29
Vacío	71	Vacío	45	Ideación paranoide	35
Ideación paranoide	68	Ideación paranoide	44	Vacío	39
Alteración de identidad	61	Alteración de identidad	35	Alteración de identidad	40
Temor al abandono	60	Temor al abandono	31	Temor al abandono	46
Suicidio	60	Suicidio	30	Suicidio	46

Tabla 11. Comparación de eficiencia diagnóstica de criterios y prevalencia

Estudio transversal (Fossati e coll., 1999)	Estudio transversal (Johansen e coll., 2004)	Estudio transversal (Grilo e coll., 2004a)	Estudio longitudinal (McGlashan e coll., 2005)
Relaciones inestables	Relaciones inestables	Suicidio	Inestabilidad afectiva
Alteración de la identidad	Inestabilidad afectiva	Ideación paranoide	Ira
Vacío	Alteración de la identidad	Alteración de la Identidad	Impulsividad
Inestabilidad afectiva	Rabia	Relaciones inestables	Relaciones inestables
Impulsividad	Impulsividad	Impulsividad	Vacío
Ideación paranoide	Suicidio	Ira	Ideación paranoide
Ira	Temor al abandono	Vacío	Alteración de la identidad
Suicidio	Ideación paranoide	Temor al abandono	Temor al abandono
Temor al abandono	Vacío	Inestabilidad afectiva	Suicidio

En la tabla 11 se comparan tres estudios transversales sobre la eficiencia de los criterios con su prevalencia en un estudio longitudinal. Las mayores discrepancias entre los estudios transversales y el longitudinal surgen en las áreas de identidad y relaciones interpersonales. Estas dos áreas conforman uno de los factores relevantes para la patología Borderline identificados por estudios de análisis factorial, y parecen ser particularmente importantes como punto de continuidad entre el diagnóstico estructural y el descriptivo. El estudio de Grilo debe ser considerado aparte puesto que ha sido hecho con una muestra de sujetos culturalmente no comparable con la de los otros estudios, y muy homogéneo clínicamente respecto al uso de sustancias. Los otros dos estudios transversales han

colocado como criterios más eficientes los criterios que el estudio longitudinal coloca como menos frecuentes, especialmente la alteración de la identidad, quizás porque es uno de los criterios que más remite. También cabe destacar que el temor al abandono, las tendencias suicidas y las autolesiones, que no parecen ser criterios eficientes, sean al mismo tiempo poco frecuentes y poco estables.

Resumiendo, el núcleo central y específico del TP Borderline está relacionado con **impulsividad e inestabilidad afectiva**. Por otra parte se puede afirmar que la eficiencia diagnóstica y la estabilidad temporal tienen una relación poco clara. En otras palabras, parece que el diagnóstico “del momento” no está en sintonía con el diagnóstico a lo largo del tiempo.

Muchos resultados de los estudios del *Collaborative Longitudinal Personality Study* (CLPS) sugieren que el diagnóstico de TP Borderline según el DSM-IV representa un conjunto en el que se mezclan variables de rasgo y variables de estado. Los comentarios hechos sobre los artículos refuerzan esta posición. Sin embargo, hay otros resultados muy interesantes derivados del mismo grupo de investigación, que se refieren, por una parte a la relación entre los diagnósticos categorial y dimensional, y por otra a la relación entre el diagnóstico y el nivel de adaptación de los sujetos a la realidad (correspondencia entre la clínica y la ecología).

Respecto al primer aspecto, todos los sujetos incluidos en el CLPS fueron explorados también con instrumentos diagnósticos pertenecientes a modelos dimensionales (Morey *et al.*, 2002), especialmente referidos al FFM (Modelo de los Cinco Factores, *Five-Factor Model*, Costa e McCrae, 1992) y al SNAP (Agenda para Personalidad no Adaptativa y Adaptativa, *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*, Clark, 1993). Los dos instrumentos se comportaron de manera diferente para diferenciar los cuatro TP (Borderline, Esquizotípico, Evitativo y Obsesivo-Compulsivo). El SNAP los diferenció, mientras que el FFM sólo permitió diferenciar a los sujetos con TP en general del grupo control, con la misma combinación de rasgos para los 4 TP: Neuroticismo alto, Afabilidad baja y Responsabilidad baja⁶.

También se han hecho perfiles dimensionales longitudinales comparándolos con la evolución de las modificaciones en los criterios del DSM-IV (Warner *et al.*, 2004). Como se verá en el siguiente capítulo, hay estudios que comparan datos de dimensiones de la personalidad según diferentes modelos con criterios diagnósticos DSM, aunque aún no se han publicado los resultados que comparen la evolución longitudinal. La hipótesis de esta comparación era verificar si los cambios de las características clínicas del TP a lo largo del tiempo se debían, al menos en parte, a cambios en los perfiles dimensionales de la personalidad. Recordemos que las evaluaciones clínicas se hicieron a los seis meses, al año y a los dos años, mientras que el perfil FFM se hizo al inicio, al año y a los dos años, en una muestra de 376 sujetos. El análisis estadístico de los datos obtuvo los siguientes resultados.

1. Las clases latentes de los criterios del DSM-IV y del FFM son estables a lo largo de 2 años.
2. Las modificaciones de las variables dimensionales de la personalidad predicen modificaciones en los criterios diagnósticos de los TP Borderline, Esquizotípico y Evitativo, pero no del TP Obsesivo-Compulsivo.
3. Cambios en los criterios clínicos del DSM-IV no predicen cambios en los perfiles dimensionales.

⁶ N del T: los artículos consultados sobre el FFM describen al TP Obsesivo con Responsabilidad alta.

Los ítems 2 y 3 nos obligan a aclarar dos aspectos importantes, tanto desde el punto de vista conceptual como práctico. La primera impresión es que los TP están subordinados a las modificaciones de la personalidad, y no al revés. Pero “perfil” de personalidad y TP no son entidades comparables. Los TP son algo más que distribución de rasgos de personalidad extremos (volveremos a este aspecto en el capítulo dedicado al diagnóstico dimensional). Desde el punto de vista práctico, si es cierto que cambios en los rasgos (dimensiones) predicen cambios en los TP (categorías), el tratamiento debería buscar la manera de actuar sobre los rasgos (Paris, 1998; Tickle *et al.*, 2001).

Pasando al problema de la relación entre la evolución temporal del TP y la adaptación a la realidad (citado como aspecto ecológico de la clínica), su importancia está ligada a un aspecto muy significativo, que puede resumirse en estas preguntas: ¿El curso clínico influye en la calidad de vida? ¿Se puede afirmar que las mejorías y las remisiones, tan frecuentes según los estudios, se relacionan con mejores niveles de adaptación a la realidad? Este argumento es relevante incluso en el plano del tratamiento y nos lleva a la pregunta de base en la que se cuestiona la relación entre el TP y el funcionamiento en la vida de los sujetos con estos TP en el mundo actual.

Ya se ha comentado que los criterios generales para el diagnóstico de TP según el DSM-IV implican una grave disfunción en la realidad social y un intenso sufrimiento interior. Algunos estudios han puesto en evidencia que la presencia de un TP se relaciona con separaciones conyugales, divorcios, o ausencia de relaciones de pareja estable (Modestin y Viliger, 1989; Zimmermann y Coryell, 1989; Swartz *et al.*, 1990; Nakao *et al.*, 1992), pero también de dificultades laborales (Paris *et al.*, 1987; Reich *et al.*, 1989). Los estudios que han estudiado específicamente la calidad del funcionamiento social en varios ámbitos han puesto en evidencia un peor nivel de adaptación en estos TP respecto a otras condiciones psicopatológicas (Nurnberg *et al.*, 1989; Casey y Tyrer, 1990; Mehlum *et al.*, 1991; Johnson *et al.*, 1996).

En un estudio llevado dentro del CLPS (Skodol *et al.*, 2002c) se han valorado muchos parámetros de funcionamiento en la realidad, tanto con instrumentos autoaplicados como con entrevistas semiestructuradas, y se demostró que los sujetos con TP Borderline y TP Esquizotípico tienen más problemas en todas las áreas (independientemente de los trastornos del Eje I y del género) que los sujetos con TP Obsesivo-Compulsivo o Evitativo y que los sujetos con depresión pero sin TP. La depresión, por otra parte, es equiparable a enfermedades físicas crónicas como la diabetes o la artritis reumatoide, respecto al nivel de incapacidad (Hayes *et al.*, 1995), especialmente la depresión mayor, que está en primer lugar en todo el mundo como causa del mayor número de días de baja anual, según el *Global Burden of Disease Study* (Murray y López, 1996). Es imposible informar la cantidad de datos obtenidos del estudio, que por otra parte merecería un comentario minucioso. Pero alcanza con una sola medición: el GAF (Evaluación Global de Funcionamiento, *Global Assessment of Functioning*), que indica el funcionamiento en el eje V del DSM, y cuya puntuación máxima es 100. Los números que a continuación se citan son la media del GAF (con el desvío estándar entre paréntesis): TP Borderline 54,3 (9,3); TP Esquizotípico 54,1 (9,7); TP Evitativo 60,4 (10,6); TP Obsesivo-Compulsivo 64,7 (10,6); Depresión mayor 60,7 (10,2). Estos resultados sugieren que la calidad de vida de estos sujetos está muy comprometida.

Un estudio posterior (Skodol *et al.*, 2005) ha verificado el curso longitudinal, durante el período de seguimiento previsto en el CLPS, de los parámetros evaluados al inicio del estudio. Globalmente,

pocas áreas mejoraron, especialmente en los sujetos con depresión. Los sujetos Borderline no lograron tanta mejoría como sugieren los estudios sobre los criterios diagnósticos (mostraron “remisión” en un porcentaje alto de casos) (Shea *et al.*, 2002; Grilo *et al.*, 2004b). Más precisamente, los sujetos Borderline que mostraron mejoría en el plano psicopatológico mostraron también mejorías marginales en el ámbito del funcionamiento social. La evaluación del posible rol de la intensidad del tratamiento recibido no ha mostrado ninguna relación con los parámetros de medición de la desadaptación. Estos resultados parecen estar en sintonía con la importancia atribuida a las graves dificultades en las relaciones sociales como marcadores del TP y de cómo el tratamiento debe tener en cuenta esto, independientemente del cuadro diagnóstico de referencia (Benjamin, 1996; Van Ljendoorn y Bakersman, 1996).

Tras verificar que la desadaptación está relacionada con las características del TP según criterios del DSM-IV (Skodol *et al.*, 2002c), se ha estudiado la relación entre dimensiones de la personalidad y desadaptación (Skodol *et al.*, 2005b), tomando en cuenta tres modelos dimensionales: una versión modificada de la representación dimensional de las categorías del DSM-IV elaborada por Widiger (1993) y luego por Oldham y Skodol (2000), el modelo de tres factores de Watson y colaboradores (1994), y el FFM (Costa y McCrae, 1994). Los resultados demuestran que las dimensiones de la personalidad no están relacionadas con la desadaptación, a diferencia de lo demostrado con los criterios del DSM-IV, tanto sean utilizados en términos dimensionales como categoriales. El interés de los resultados de este estudio reside en la relevancia atribuida al uso dimensional de los criterios diagnósticos del DSM-IV y de su relación con las variables de desadaptación, muy superior a la obtenida con modelos dimensionales. Estos resultados sugieren que las valoraciones dimensionales de la personalidad son útiles, siempre y cuando se las mantenga en relación con los criterios del DSM-IV y con los consiguientes diagnósticos categoriales. Resumiendo:

1. La desadaptación está más relacionada con los diagnósticos categoriales y con las valoraciones dimensionales de criterios del DSM-IV que con las dimensiones de la personalidad en general.
2. Sin embargo, la desadaptación guarda poca relación con las modificaciones de los criterios DSM, puesto que tiende a permanecer estable.
3. Las modificaciones en las dimensiones de la personalidad tienen un poder predictivo sobre los cambios en los criterios DSM, pero no al revés.

Respecto al punto (2), en el caso del TP Borderline, hay estudios que evidencian que bajos niveles de adaptación que perduran en el tiempo se relacionan con una tasa elevada de eventos estresantes (Pagano *et al.*, 2004). Utilizando la LEA (Evaluación de Eventos Vitales, *Life Event Assessment*), un instrumento que evalúa 82 eventos estresantes agrupados en ámbitos (trabajo, estudios, familia, relaciones de pareja, problemas legales, problemas financieros, salud física y problemas sociales), se ha visto que los sujetos Borderline se topan de manera significativa con más eventos negativos en general que los individuos con otros TP o con depresión mayor, en el siguiente orden de frecuencia decreciente: interpersonal, salud física y problemas legales. Estos datos confirman los resultados de una investigación previa que utilizó la misma metodología (Perry *et al.*, 1992), y parecen confirmar la importancia de dos aspectos nucleares del TP Borderline: **relaciones interpersonales inestables e impulsividad**. Los eventos negativos relacionados con las relaciones interpersonales han mostrado una alta relación con la desadaptación psicosocial de mayor alcance, puesto que los eventos negativos ocurridos en un área han tenido múltiples efectos en otras áreas. Los resultados de esta investigación

coinciden con los estudios de seguimiento en pacientes deprimidos, que subrayaron la importancia de los eventos negativos en el ámbito interpersonal para la evolución del cuadro (especialmente pérdida y abandono) (Brostedt y Pedersen, 2003; Payek, 2003). La relación entre eventos negativos y el mantenimiento de la desadaptación representa “la otra cara de la moneda” de las hipótesis formuladas para explicar la disminución en la cantidad e intensidad de criterios DSM, definida como “remisión” (Shea *et al.*, 2002). De hecho, se ha sugerido el efecto positivo de la desaparición de eventos estresantes, de la mejoría en trastornos del Eje I y del efecto del tratamiento (Gunderson *et al.*, 2003). Hemos comentado las investigaciones hechas dentro del CLPS porque constituyen el cuerpo más consistente, metodológicamente preciso y más actualizado del tema.

Está claro que los datos sobre la estabilidad temporal del TP Borderline, limitados por ahora a un período de seguimiento breve, abren la perspectiva sobre la identificación de los elementos que determinan el curso a largo plazo del trastorno. Sobre este aspecto, los estudios son escasos y se centran fundamentalmente en los factores de pronóstico negativo, que pueden dividirse en dos grupos: “históricos” y “clínicos”. Los primeros se refieren fundamentalmente a la presencia de abuso sexual, especialmente el incesto (Stone, 1990), y a la precocidad de la primera consulta clínica (Links *et al.*, 1993). Los segundos se refieren a la presencia de inestabilidad afectiva, pensamiento mágico y agresividad (McGlashan, 1985, 1992), gravedad de la impulsividad (Links *et al.*, 1993), uso de sustancias (Links *et al.*, 1993; Stone, 1993) y cantidad de otros TP co-ocurrentes (Links *et al.*, 1998), especialmente TP Esquizotípico (McGlashan, 1985), TP Antisocial (Stone, 1993) y TP Paranoide (Links *et al.*, 1998). Más adelante se retomará la importancia de estas características, especialmente la presencia de otros TP.

Co-diagnóstico con eje I

La coocurrencia del TP Borderline con los trastornos del Eje I es muy frecuente y ha sido objeto de numerosos estudios. Skodol *et al.* (2002a) señalan que de los 2.182 artículos sobre el TP Borderline, publicados entre 1965 y 2000, 119 se refieren a la coocurrencia con trastornos del Eje I. Las hipótesis que explican la coocurrencia pueden resumirse así.

- Predisposición: Los TP predisponen a padecer trastornos del Eje I.
- Complicación: Los TP son consecuencia de trastornos del Eje I.
- Diátesis común: Ambos trastornos son expresiones separadas e independientes de un tercer factor común.
- Formas atenuadas: Los TP son una forma atenuada/modificada de los trastornos del Eje I.
- Interacción: Los trastornos de ambos ejes interactúan haciendo más evidente y probable sus manifestaciones clínicas.
- Casualidad: La coocurrencia de los trastornos de ambos grupos es casual.
- Especificidad: Hay una relación específica entre los TP y los trastornos del eje I.

Estos modelos no son excluyentes, de hecho pueden combinarse, y de momento no hay datos que permitan sacar conclusiones definitivas con fundamento científico. Es importante recordar, incluso bajo la óptica de la actual controversia entre diferentes concepciones diagnósticas, no confundir codiagnóstico con comorbilidad (independencia entre los trastornos) ni covarianza (relación entre dimensiones latentes entre los trastornos). Esta consideración es importante porque, como ya

se ha señalado en el apartado sobre las problemáticas actuales del DSM, hay quienes utilizan el argumento del codiagnóstico para negar la autonomía del Eje II y favorecer una reunificación de los dos ejes. La cuestión es interesante no sólo por el aspecto diagnóstico y epidemiológico sino fundamentalmente porque replantea la antigua pregunta sobre la naturaleza real de los TP. Como se sabe, el concepto de personalidad Borderline ha surgido a partir de múltiples formas atípicas de esquizofrenia, y sin embargo, hoy nadie piensa que exista una relación entre el TP Borderline y la psicosis, y aun hoy se debate la relación entre el TP Borderline y la depresión. Un aspecto práctico relevante es la influencia que los trastornos de ambos ejes ejercen recíprocamente tanto en el curso como en el tratamiento y el pronóstico.

La disputa sobre el codiagnóstico implica también un complejo problema metodológico, incluso las posibles discordancias entre diferentes estudios pueden deberse a varios factores (diseño, muestra, instrumentos). Muchas investigaciones han sido realizadas mediante evaluaciones transversales que no aportan ninguna información sobre el mantenimiento de la relación entre ejes a lo largo del tiempo, otras se han hecho con sujetos hospitalizados, otras se han hecho con pacientes ambulatorios, y en otras, la forma de obtención de muestras ha sido relevante, puesto que han reclutado a sujetos con características diferentes. En fin, el diagnóstico, los instrumentos y la fiabilidad de las evaluaciones pueden ser relevantes para comparar muestras difícilmente comparables. A continuación se resumen los conocimientos actuales sobre los aspectos más relevantes del co-diagnóstico.

Oldham *et al.* (1995) y Skodol *et al.* (1999) han estudiado los codiagnósticos en una muestra muy amplia, relacionando la prevalencia de los diagnósticos con *odd ratios*, es decir, la probabilidad de padecer otro trastorno cuando se tiene uno. Han observado concomitancias diagnósticas del TP Borderline con trastornos del humor, tanto Bipolar como Depresión mayor, uso de sustancias, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos de conducta alimentaria (TCA) y trastornos por ansiedad. En un estudio longitudinal (Shea *et al.*, 2004), dentro del CLPS, se ha verificado la evolución de los trastornos a lo largo de dos años, atendiendo especialmente a la “remisión”. Con respecto al TP Borderline se consideró remisión si durante dos meses seguidos se mantienen sin síntomas o con mínimos síntomas en el Eje I y con no más de dos criterios para TP. El estudio evidenció una asociación entre el TP Borderline y depresión mayor, caracterizada por la tendencia a la persistencia de síntomas depresivos en ausencia de la remisión del TP Borderline. Estas observaciones concuerdan con las de Klein y Schwarz (2002), que obtuvieron asociación longitudinal entre TP Borderline y distimia durante cinco años, asegurando la presencia de un factor común entre ambos trastornos, abriendo el camino a ciertas implicaciones etiopatogénicas. La relación temporal entre el TP Borderline y el TEPT ha mostrado remisión en el primero si el segundo remite, y que una mejoría en el TP Borderline facilita la remisión en el TEPT. Otro estudio longitudinal (Zanarini *et al.*, 2004) ha seguido durante seis años a una muestra de 290 sujetos Borderline y a una muestra de sujetos con otros TP, obteniendo los siguientes resultados. (1) Un elevado porcentaje de sujetos Borderline sigue con trastornos del Eje I seis años después, aunque con menor intensidad. (2) La remisión de los trastornos del Eje I se relaciona con la remisión del TP Borderline. (3) La ausencia de dependencia de sustancias es un fuerte predictor de remisión del TP Borderline. Obviamente, todos los sujetos estaban a tratamiento y las diferencias entre los que mejoraban con los que no mejoraban del TP Borderline, así como la relación entre las modificaciones del cuadro clínico del TP y de los trastornos del Eje I, no han podido ser identificadas.

A continuación se profundizarán las relaciones entre el TP Borderline y otros cuadros psicopatológicos significativos: depresión, TEPT, uso de sustancias y Trastorno de conducta alimentaria.

Trastornos afectivos

La relación entre TP Borderline y trastornos afectivos es obvia, puesto que los criterios diagnósticos del primero hacen referencia explícita a oscilaciones del tono del humor. Algunos modelos, como el de Linehan (Linehan, 1995; Lieb *et al.*, 2004) consideran que la dificultad en la regulación de los afectos es un componente nuclear del trastorno, tanto en su expresividad clínica como en sus raíces etiopatogénicas. La prevalencia de trastornos es: Depresión Mayor, 18% al 40%, con una media del 29% (Pope *et al.*, 1983; Akiskal *et al.*, 1985; Perry y Cooper, 1985; Links *et al.*, 1995; Senol *et al.*, 1997); Distimia, 14% al 28%, con una media del 15% (Pope *et al.*, 1983; Links *et al.*, 1995; Senol *et al.*, 1997); Espectro Bipolar, 7% al 15%, con una media del 9% (Pope *et al.*, 1983; Akiskal *et al.*, Links *et al.*, 1995). En la tabla 12 se muestran los valores absolutos y porcentuales del estudio de Zanarini *et al.* (2004) ya citado, con datos de varios trastornos durante el período de seguimiento de seis años.

Tabla 12. T del humor en sujetos con TP Borderline durante un seguimiento de 6 años (Zanarini *et al.*, 2004, modificado)

	Base n= 290	2 años n= 275	4 años n= 269	6 años n=264
T del humor (total)	281 (96.9%)	233 (84.7%)	199 (74.0%)	198 (75.0%)
Depresión Mayor	251 (86.6%)	189 (68.7%)	166 (61.7%)	162 (61.4%)
Distimia	130 (44.8%)	93 (33.8%)	78 (29.0%)	107 (40.5%)
T Bipolar I	0 (0.0%)	2 (0.7%)	4 (1.5%)	3 (1.1%)
T Bipolar II	16 (5.5%)	19 (6.9%)	18 (6.7%)	12 (4.6%)

Más allá de los datos estadísticos que muestran una prevalencia significativa de patología afectiva en los sujetos con TP Borderline, cabe subrayar dos cuestiones fundamentales: (a) homogeneidad cualitativa de la fenomenología afectiva en los sujetos con TP Borderline respecto a los sujetos con patología afectiva pero sin TP; (b) relaciones entre ambas patologías, desde la perspectiva de varios modelos de interacción ya nombrados. No podemos olvidar que los trastornos afectivos han sido utilizados para negar la autonomía del TP Borderline y para proponer su reabsorción en el Eje I. A continuación se comentarán esas dos cuestiones.

Fenomenología clínica

En el capítulo de diagnóstico estructural se han presentado los elementos para comprender las características fenomenológicas de la depresión en la personalidad Borderline. Adler, Masterson, Gunderson y Kernberg, entre otros, subrayan características peculiares de la vivencia afectiva, especialmente depresiva, de los sujetos con TP Borderline que se articula alrededor de estados detalladamente descritos, pero reconducibles a sentimientos de abandono, desesperanza, ausencia de sentido, sentimiento de vacío, sentimiento de inutilidad y aburrimiento, llegando a sentimientos

de culpa primitivos y a una representación global de sí mismo, intrínseca y ontológicamente negativa. Una mayor sistematización del problema ha llevado a identificar subtipos de la experiencia depresiva. Según Blatt (1974, 1990), Blatt y Schichman (1983), Blatt y Auerbach (1988), la depresión dependiente (originariamente definida como “anaclítica”) es típica en los sujetos con problemas graves de la personalidad, mientras que la depresión “autocrítica” (inicialmente llamada introyectiva) es típica de sujetos con problemas neuróticos. Los sujetos Borderline presentan un entramado de ambas configuraciones, especialmente relacionadas con problemas de dependencia, y por lo tanto de abandono, pero al mismo tiempo conflictos internos respecto a la autoestima marcadas por una difícil relación con un superyó sádico y primitivo. Este aspecto, tratado con más profundidad en el capítulo de diagnóstico estructural, nos lleva a retomar la dualidad, presente en la literatura psicoanalítica, relacionado con un problema primario de relación con el objeto en una condición de ausencia de autonomía, estructuralmente deficitaria, o en una condición de dependencia conflictiva, caracterizada por la introyección de conflictos arcaicos.

La investigación empírica no ha profundizado el problema, aunque los pocos estudios hechos encuentran concordancias en algunas características significativas. Utilizando el DEQ (Cuestionario de Experiencia Depresiva, *Depressive Experience Questionnaire*, Blatt *et al.*, 1976), Westen y colaboradores (1992) han diferenciado la depresión de los sujetos Borderline de la depresión en sujetos con diagnóstico de depresión mayor o de distimia. Los sujetos Borderline, con o sin diagnóstico de depresión mayor, han obtenido puntuaciones mayores en las variables de dependencia y autocrítica, sin ninguna influencia de la gravedad sintomatológica de la depresión. Análogamente, Wixom y colaboradores (1993) han diferenciado adolescentes Borderline de adolescentes distímicos sin TP Borderline, sobre la base de puntuaciones superiores de las mismas variables que en el estudio anterior en los sujetos Borderline. La gravedad sintomatológica de la depresión, valorada con la escala de Hamilton, tampoco interfirió en este estudio. Rogers y colaboradores (1995) han encontrado que la depresión en los sujetos Borderline se asocia a temor al abandono, sentimientos de carencia, desesperanza y vacío, ideaciones autocondenatorias y autodestrucción.

Un resultado contrastante surge a partir de un estudio hecho con el DEQ (Southwick *et al.*, 1995) cuyos resultados sugieren que los individuos Borderline se caracterizan más por depresión autocrítica que los sujetos deprimidos sin TP Borderline. Una posible explicación consiste en la diferencia de composición respecto a la muestra de Westen (el primero compuesto por mayoría femenina, de menor edad, el segundo por hombres, de mediana edad, especialmente veteranos de Vietnam). Es sabido que las mujeres tienden a obtener mayor porcentaje de puntuación en dependencia que los hombres (Sanfiliop, 1994; Rude *et al.*, 1995), por lo cual la diferencia de resultados podría deberse a la interferencia del género. Sin embargo, las diferencias podrían deberse también al instrumento diagnóstico, puesto que Blatt *et al.* (1995) han identificado dos subescalas dentro del factor de dependencia: (a) necesidad “anaclítica” (temor de separación o rechazo, desesperanza); (b) “depresión interpersonal” (sentimientos de soledad y tristeza generados por relaciones reales y específicas, concretadas a lo largo de la vida). Esta diferenciación es relevante pues permite diferenciar depresiones relacionadas con las relaciones de objeto (como el sentimiento abandonico del Borderline, debido a la inestabilidad de las relaciones objetales internalizadas, y que no se debe a ninguna persona concreta): en un momento dado, la depresión puede relacionarse con una persona real, pero ésta no es más que la representación de una entidad fantasmática. Este tema ya ha sido desarrollado en

el capítulo de diagnóstico estructural, especialmente las concepciones de Kernberg respecto a la tendencia del Borderline a “englobar” a las personas reales en su propio mundo interno a partir de sus propias exigencias afectivas. Leichsenring (2004) ha obtenido una confirmación empírica de lo afirmado en ese capítulo, al demostrar la correlación entre depresión e ira, ansiedad de abandono y relaciones objetales primitivas, en sujetos con organización Borderline de la personalidad, algo que no ocurre en sujetos con organización Neurótica de la personalidad.

Respecto al segundo aspecto de la dependencia depresiva, Blatt y colaboradores han identificado que ésta correlaciona significativamente con variaciones en la autoestima. Este refinamiento de las dimensiones valoradas en el cuestionario permitiría afirmar que los resultados contradictorios en las investigaciones previas puedan explicarse por superposición y confusión de mediciones diferentes.

En una replicación de los estudios precedentes (Levy *et al.*, 2007), en el que se prestó particular atención a la diferencia entre “necesidad anaclítica” y “depresión interpersonal”, se observó que los sujetos Borderline pueden ser muy diferentes a los sujetos no-Borderline, independientemente de la presencia de un diagnóstico de depresión mayor, gracias a la prevalencia de la “necesidad anaclítica”, a la vez relacionada con estrés en relaciones interpersonales, impulsividad y conductas autodestructivas.

Globalmente, los resultados de estos estudios confirman lo que ya se ha afirmado desde la observación clínica. Es interesante subrayar, especialmente para el clínico, que las escalas de valoración cuantitativas de la depresión (Hamilton, Beck, etc) son insuficientes para valorar esta dimensión en los sujetos Borderline. De hecho, lo que les diferencia es la cualidad de la experiencia depresiva más que la intensidad de los síntomas. Estos datos deben ser tenidos en cuenta tanto para el diagnóstico diferencial como para la planificación de tratamiento.

Relaciones entre trastornos

Como ya se ha comentado varias veces, este tema ha sido objeto de investigación, generando muchas controversias, especialmente en lo que atañe a la independencia y autenticidad diagnóstica del TP Borderline respecto a los trastornos del Eje I. La relación entre el TP Borderline y la depresión mayor ha sido objeto de numerosos estudios y precisas revisiones (Koenigsberg *et al.*, 1985; Zanarini *et al.*, 1989; Zanarini *et al.*, 1998; Gunderson y Elliott, 1985; White *et al.*, 2003). Es particularmente importante la revisión hecha por Gunderson y Phillips (1991) pues ha indagado una serie de parámetros relevantes, bajo la perspectiva de cuatro hipótesis de la relación entre los trastornos citados (véase tabla 13). La primera hipótesis (depresión primaria) significa que la depresión puede producir fenómenos clínicos del TP Borderline; la segunda (TP Borderline primario) significa que el TP Borderline puede producir los síntomas y signos de la depresión; la tercera (los dos trastornos no guardan relación) significa que no se encuentra ninguna relación entre ellos y la cuarta (los dos trastornos tienen orígenes comunes sin llegar a tener una relación significativa) sugiere la posibilidad de que ambos trastornos tengan dimensiones comunes, por ejemplo, de naturaleza biológica o temperamental.

Como muestra claramente la tabla, la mayor parte de los resultados favorece la tercera hipótesis (ausencia de relación entre ambos trastornos). Respecto a la disfunción serotoninérgica en el TP

Borderline, es interesante señalar que las observaciones de los autores sugieren que esta disfunción está más relacionada con la impulsividad que con la disregulación emocional. Esta hipótesis es sostenida también por datos de investigación farmacológica que sugieren que los ISRS (en este caso, la fluoxetina) inciden más en el componente conductual del TP Borderline que en el componente depresivo (Norden, 1989; Cornelius *et al.*, 1990).

Dentro del CLPS se ha estudiado la relación longitudinal durante un período de seguimiento de 36 meses, entre el TP Borderline y la depresión mayor (Gunderson *et al.*, 2004). Como ya se ha comentado en el apartado de estabilidad de los criterios diagnósticos, se ha observado: (a) una tendencia a la remisión (reducción a dos o menos criterios presentes durante un tiempo definido) en un alto porcentaje de casos; (b) la frecuencia de remisiones en el TP Borderline es independiente de la presencia de depresión mayor y (c) la remisión de la depresión mayor está influenciada por la presencia de un TP Borderline, pero no al revés. Recientemente se ha desplazado el interés hacia la relación con el trastorno bipolar y, más aún, con el espectro bipolar: bipolar I y II, bipolar III (hipomanía inducida por antidepresivos), bipolar IV (Ciclador rápido) (Ghaemi *et al.*, 2002) y ciclotimia, considerada un trastorno heterogéneo (Howland e Thase, 1993). Se ha llegado a proponer incluir dentro del espectro bipolar a muchos casos de depresión unipolar, trastornos por ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de conducta alimentaria y TP, especialmente el TP Borderline (Akiskal, 2002; Perugi *et al.*, 2002, 2003).

Paris (2007) ha hecho una revisión desde la perspectiva de verificar cuatro hipótesis: (1) el TP Borderline es una forma atípica del trastorno bipolar; (2) el trastorno bipolar es una forma atípica del TP Borderline; (3) ambos trastornos son independientes; (4) ambos tienen una patogenia superpuesta. Los resultados de la revisión (tabla 14) indican una evidente correlación entre el trastorno bipolar I y el TP Borderline, mientras que la relación con el bipolar II es escasa, además de los pocos estudios realizados.

La relación temporal entre el trastorno bipolar y el TP Borderline ha sido evaluada en un estudio del CLPS (Gunderson *et al.*, 2006) en el cual, luego de un seguimiento a cuatro años se ha verificado un codiagnóstico entre el TP Borderline y el trastorno bipolar más elevado (19,4%) que con los demás TP estudiados (Esquizotípico, Evitativo y Obsesivo-Compulsivo), pero sin encontrar ninguna influencia entre ambos trastornos en cuanto a la evolución. Michael Stone (2006) ha comentado los resultados de esta investigación en una editorial del *American Journal of Psychiatry*, criticando la tendencia a asumir posturas extremas (o no hay ninguna relación entre los trastornos o el TP Borderline no es más que una variante del trastorno bipolar). Según Stone habría que profundizar los conocimientos, especialmente genéticos (Magill, 2004), de los sujetos que padecen ambos trastornos.

Tabla 13. Relación entre el TP Borderline y Depresión Mayor (Gunderson y Phillips, 1991, modificado)

Hipótesis	Comorbilidad	Fenomenología	Prevalencia familiar	Respuesta a fármacos	Factores Biológicos	Patogenia
Depresión 1ª	Refutado	Refutado	Refutado	Muy refutado	Muy refutado	Mixta
Borderline 1º	Refutado	Confirmado	Refutado	Muy confirmado	Refutado	Mixta
No relación	Confirmado	Confirmado	Muy confirmado	Confirmado	Muy confirmado	Confirmado
Relaciones específicas	Confirmado	Muy confirmado	Confirmado	Confirmado	Mixto	Mixto

Tabla 14. Relación entre TP Borderline y Trastorno Bipolar I y II (Paris *et al.* 2007, modificado)

	Comorbilidad	Fenomenología	Prevalencia familiar	Respuesta a fármacos	Evolución	Patogenia
Bipolar I	3	3	3	3	3	Pocos datos
Bipolar II	3	1, 2, 4	No hay datos	1, 2, 4	3	Pocos datos

(1) El TP Borderline es una forma atípica del trastorno bipolar. (2) El trastorno bipolar es una forma atípica del TP Borderline; (3) Ambos trastornos son independientes. (4) Ambos trastornos tienen una patogenia superpuesta.

Uso de sustancias

La exploración clínica ha demostrado frecuentes asociaciones entre el TP Borderline y el abuso o dependencia de sustancias, legales e ilegales, la tendencia a utilizar una sustancia durante un período de tiempo, o incluso mezclar varias sustancias, como en el cuadro definido por Nace (1989) como *poly substance abuse*. Estas observaciones han sido confirmadas por la literatura empírica (Sher y Trull, 2002), que ha demostrado una compleja configuración de la relación entre el uso de sustancias y los TP, no sólo el TP Borderline.

Zanarini *et al.* (2004), en una muestra de 290 sujetos con TP Borderline, han encontrado un elevado codiagnóstico: uso de sustancias, 62,1%; abuso/dependencia de alcohol, 50,3%; y abuso/dependencia de fármacos, 46,6%. Estos datos, comparados con los de sujetos con otros TP (45,8, 38,9 y 34,7 respectivamente) muestran que la asociación es consistente con todos los TP en general, pero más robusta en el TP Borderline. Tras seis años de seguimiento, los porcentajes disminuyeron a 18,9%, 11, 4% y 12,9% para el TP Borderline y 7,9%, 4,8% y 3,2% para los demás TP.

Globalmente, los datos de la literatura científica de los últimos dos años sugieren una notable variabilidad de la presencia de TP en las muestras de sujetos con abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias, con porcentajes estimados entre el 11% y el 81% para el alcohol, y del 31% al 100% para las sustancias ilegales. Según los datos de la investigación, entre un 50% y un 100% de los individuos que abusan de sustancias tiene uno o más TP, con la siguiente distribución: opiáceos,

media del 79%, cocaína, media de 70%, alcohol, media del 44% (Verheul *et al.*, 1998). Los abusadores de sustancias con TP tienen 4 TP de media, los de alcohol 2, siendo los TP Borderline y TP Antisocial los más comunes (10-40%).

La peculiaridad de la relación entre personalidad y dependencia ha sido confirmada también por estudios que investigaban en la dirección opuesta: alrededor de la mitad de los pacientes con TP presenta al menos un diagnóstico a lo largo de su vida de uso de sustancias (Kokkevi *et al.*, 1998). Se ha llegado a observar prevalencia de abuso/dependencia de sustancias de hasta el 75% en sujetos con TP Borderline, y de hasta el 95% en sujetos con TP Antisocial (Hatzitaskos *et al.*, 1999).

Para esclarecer el tipo de relación entre TP y uso de sustancias, valen las mismas consideraciones hechas previamente. Fundamentalmente, las hipótesis son tres. (1) Relación de espectro: personalidad y abuso/dependencia de sustancias pueden compartir una misma etiología. (2) Relación etiológica: las condiciones psicopatológicas de una pueden contribuir en la etiología y desarrollo de la otra. (3) Relación patoplástica: los dos trastornos se influyen recíprocamente en lo que respecta a la emergencia de aspectos clínicos.

Una vez más cabe recordar que no debemos confundir variables de estado, es decir, los síntomas, con variables de rasgos. Los síntomas pueden ser ocasionados transitoriamente por sustancias, tanto de manera directa (biológica) como indirecta (social), y pueden parecer similares a las características de rasgos, pero no son lo mismo. Sin embargo, al revisar la literatura se nota una falta de homogeneidad, tanto sobre las consideraciones teóricas como en los porcentajes de codiagnóstico entre TP y abuso/dependencia de sustancias. La prevalencia de TP del *Cluster B* respecto a los otros dos *Clusters* es reconocida por unanimidad (Kokkevi *et al.*, 1998; Verheul *et al.*, 2000; Skinstad y Swain, 2001).

Algunas características que distinguen a los sujetos que utilizan sustancias pueden agruparse en un marco general de disregulación afectiva y, especialmente, impulsividad patológica (este último rasgo, común al TP Borderline y al TP Antisocial), y el solapamiento puede entenderse como una matriz común a las dos áreas psicopatológicas. La dimensión de temperamento definida por Cloninger (1987) como Búsqueda de Novedad parece superponerse con el uso patológico de sustancias, es un factor predictivo de conductas de abuso y permite discriminar los abusadores con inicio precoz y con rasgos antisociales (Howard *et al.*, 1997).

De hecho, Cloninger considera que Búsqueda de Novedad es uno de los parámetros personológicos fundamentales para diferenciar el alcoholismo tipo II, prevalentemente masculino, con alta heredabilidad e inicio precoz, más grave, asociado con bajos niveles de Evitación del Daño, conductas impulsivas violentas y actividades ilegales, del alcoholismo tipo I (Cloninger, 1987). Análogo a Búsqueda de Novedad, el rasgo de temperamento caracterizado por buscar sensaciones fuertes e insólitas, comportamientos transgresores, exposición al riesgo para satisfacer el deseo y la intolerancia al aburrimiento, definido por Zuckerman como Búsqueda de Sensaciones, ha sido identificado como marcador personológico de riesgo para conductas sociopáticas y de abuso de sustancias (Zuckerman y Neeb, 1979; Zuckerman, 1988). Se ha seguido la trayectoria evolutiva con el alcoholismo, con correlación positiva entre comportamientos antisociales durante la infancia y el desarrollo de problemas con el alcohol (Zucker y Gomberg, 1986), aunque tampoco faltan evidencias sobre el desarrollo precoz del abuso de sustancias. En particular, los comportamientos agresivos y antisociales de la infancia serían una expresión de baja capacidad de autoregulación que

promueven el desarrollo de problemas con el alcohol en la edad adulta temprana (Miller *et al.*, 1991). Si bien está íntimamente asociado con la conducta antisocial, el abuso de sustancias es diferente a “lo antisocial”, tanto desde la etiología como desde el desarrollo, por lo cual debe ser considerado separadamente (Dishion *et al.*, 1995).

Es posible que la prevalencia de sujetos dependientes de sustancias con TP de los *Clusters* A y C sea subestimada, tal vez porque estos sujetos suelen estar menos expuestos a la observación clínica que los sujetos con TP del *Cluster* B. Resultados como el de Kranzler, que documentan el diagnóstico de TP del *Cluster* C en un 30% de una muestra de consumidores de cocaína, con un 22% de TP Evitativo, parecen contradecir el énfasis empírico y teórico que se ha puesto sobre una relación específica entre conductas de abuso/dependencia y TP del *Cluster* B (Kranzler *et al.*, 1994). Desde el punto de vista dimensional, se relaciona con la variable de temperamento Evitación del Daño (tendencia a respuestas inhibitorias ante señales de estímulos aversivos, que correlaciona con ansiedad-rasgo y con características de los TP del *Cluster* C, “ansioso”). No se debe olvidar que el alcoholismo tipo I, *milieu-limited* según Cloninger, se caracteriza por valores altos en Evitación del Daño.

La mayor difusión de sustancias en ambientes juveniles sin connotación antisocial ni marginalidad, la tendencia a asociar la sustancia con el objetivo de atenuar efectos no deseados en algunas o exaltar efectos deseados en otras, y el que a veces sean consumidas en circunstancias subclínicas que facilitan la socialización o como simple escape lúdico, inducen a revisar el estereotipo de asociar uso de sustancias con comportamiento antisocial.

Otras causas de heterogeneidad de la relación entre uso de sustancias y personalidad son: el tipo de uso, la fase del ciclo vital, el género y el tipo de sustancia. Diversos autores han observado que el elevado diagnóstico de TP entre individuos con trastorno por uso de sustancias frecuentemente se acompaña de un mayor deterioro funcional global independiente del tipo de sustancia o de dependencia (Skodol *et al.*, 1999). Los signos de un peor funcionamiento general pueden traducirse de muchas formas, como por ejemplo mayor actividad ilegal, gravedad psicopatológica, menor satisfacción con la propia existencia y una mayor cuota de impulsividad (Nace *et al.*, 1991).

Respecto a la relación con el tratamiento hay estudios que muestran peor resultado en los TP del *Cluster* “impulsivo” (*Cluster* B), mientras que otros no encuentran ninguna asociación. Los primeros favorecen la convicción, compartida por muchos autores y terapeutas de que el codiagnóstico con el Eje II predice una pobre respuesta al tratamiento, fundamentalmente por menor alianza terapéutica, dificultad en la relación, bajo cumplimiento y abandono prematuro. Los segundos, en general, critican a los primeros por no tener en cuenta la confusión ocasionada por el efecto potencial de variables relacionadas con la gravedad inicial y el nivel de funcionamiento previo a la terapia (McKay *et al.*, 1995).

El abandono precoz de la terapia y la baja adherencia al tratamiento o al programa en alcohólicos no guarda ninguna relación con ningún TP, especialmente con el TP Borderline y con el número medio de diagnósticos de TP del *Cluster* B (Movalli *et al.*, 1996). Respecto a la predicción de la evolución en el tratamiento de la dependencia del alcohol en codiagnóstico con TP Antisocial hay resultados poco homogéneos. Algunos estudios, que comparan tipologías de sujetos dependientes y modalidad de tratamiento específico, han demostrado una tendencia a mayor éxito cuando se verifican algunas variables del paciente y del tratamiento (PMRG, 1997).

Trastornos de conducta alimentaria

Se considera que los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son más frecuentes en los TP, especialmente los del *Cluster C* (Johnson y Wonderlich, 1992). En un metaanálisis, Bornstein (2003) ha encontrado la siguiente distribución de codiagnósticos. (1) Anorexia: TP Evitativo, 53%, TP Dependiente, 37%, TP Obsesivo-Compulsivo, 33%, y TP Borderline, 29%. (2) Bulimia: TP Borderline, 31%, TP Dependiente, 31%, TP Evitativo, 30%, y TP Obsesivo-Compulsivo, 14%.

Grilo y colaboradores (2003a), dentro del CLPS, han encontrado una distribución homogénea de TCA en los TP estudiados (Borderline, Esquizotípico, Evitativo y Obsesivo-Compulsivo), semejante a la de la muestra de depresión mayor. Sin embargo, estos resultados deben ser tomados con cautela, pues sólo se han estudiado 4 TP, de los cuales, dos son del *Cluster C* (teóricamente más asociados a TCA). La observación durante un período de seguimiento de dos años ha mostrado una total independencia en la evolución de los TCA y los TP (Grilo *et al.*, 2003b).

Respecto al TP Borderline en particular, Zanarini *et al.* (2004) han encontrado, en una población de 290 sujetos, un 53,8% en la evaluación inicial, que se redujo al 33,7% al sexto año de seguimiento. En la muestra control de sujetos con otros TP, los porcentajes relativos fueron del 26,4% y del 14,3%. Los subtipos (anorexia, bulimia y TCA sin especificar) mostraron porcentajes equilibrados, tanto en la evaluación inicial como al final del seguimiento, aunque con menor tasa de remisión para el TCA sin especificar.

Una revisión de la literatura y un metaanálisis (Cassin y von Ranson, 2005) han confirmado la presencia de dos patrones, uno ligado al hipercontrol de impulsos, más relacionado con la anorexia, y el otro, ligado al descontrol de impulsos, más relacionado con la bulimia. La poca homogeneidad de resultados ha sido explicada por el uso de diferentes procedimientos diagnósticos, especialmente por las diferencias entre los instrumentos heteroadministrados y los autoaplicados, siendo estos últimos poco fiables.

Para los TCA es verosímil razonar de la misma forma que ante el uso de sustancias: el codiagnóstico con el TP Borderline puede ser visto como expresión de dimensiones de la personalidad latentes relacionadas con la impulsividad, como Búsqueda de Novedad o como expresión de diferentes configuraciones en las relaciones objetales (Sordelli *et al.*, 1996). De hecho, se ha verificado que los bulímicos son más impulsivos que los anoréxicos y que los sanos (Diaz-Marsa *et al.*, 2000; Claes *et al.*, 2002). Sin embargo, estos datos no aclaran si la naturaleza de la impulsividad de estos pacientes es de estado o de rasgo. Hay hipótesis que explican la irregularidad dietética como factor que favorece la impulsividad de estado. Se ha visto que la regularización en la dieta se correlaciona con una mejoría significativa en la desinhibición conductual y en la labilidad afectiva (Ames-Frankel *et al.*, 1992). Sin embargo, la complejidad de la relación entre TCA y TP está demostrada por la presencia de altos niveles de Evitación del Daño y de bajos niveles de Autodirección y Cooperación en todos los subtipos del trastorno, con aumento en Persistencia en la anorexia (Fassino *et al.*, 2002) y Alta Búsqueda de Novedad como característica de bulimia (Fassino *et al.*, 2001, 2002).

Impulsividad y agresividad

Los criterios diagnósticos del TP Borderline relacionados con problemas de conducta, definidos genéricamente como “impulsividad” y “agresividad”, describen uno de los aspectos clínicos más

importantes y al mismo tiempo más problemáticos desde el punto de vista terapéutico. Como ya hemos explicado en el apartado de reagrupación de criterios por grupos y gravedad (tabla 5), cuanto más conductas impulsivas estén presentes más grave debe ser considerado el caso porque es la impulsividad la que hace difícil –sino imposible– el tratamiento, siendo la causa principal del abandono. Por otra parte, como ya se ha visto en el apartado de diagnóstico estructural, la presencia de la tendencia a la actuación, incluida por Kernberg en la dimensión de “agresividad”, es un índice de gravedad clínica. Las investigaciones sobre la eficiencia de los criterios y su estabilidad a lo largo del tiempo, han evidenciado que el criterio “impulsividad”, pese a no ser uno de los más eficientes, es uno de los más frecuentes y estables a lo largo del tiempo (tabla 10). Como ya se ha dicho, es necesario volver al criterio clínico descriptivo para intentar comprender de manera más precisa la naturaleza de los términos utilizados, y saber cuál es su rol en la relación entre etiopatogenia y en la expresividad clínica. En otras palabras, entender las anomalías del comportamiento “impulsivas” o “agresivas” como variables endofenotípicas.

Un primer aspecto a considerar se refiere a la distinción entre impulsividad y agresividad. Algunos autores consideran que la impulsividad es una característica nuclear del TP Borderline, y la definen como una tendencia a actuar sin planificación ni inhibición de la acción, es decir, sin control, en una variedad de ámbitos y con resultados poco ventajosos para el sujeto (Zanarini, 1993; Links *et al.*, 1999). Estos últimos han examinado la estabilidad temporal de la impulsividad en una muestra de sujetos Borderline y han verificado que, tras siete años de seguimiento y a diferencia del resto de criterios diagnósticos, la impulsividad resultó muy significativa para la persistencia del diagnóstico. Otros autores han considerado a la agresividad como una característica nuclear del TP Antisocial (Gardner *et al.*, 1991; Raine, 1993; Lish *et al.*, 1996; Barratt *et al.*, 1997; Dolan *et al.*, 2002). Otros autores han utilizado el concepto de agresividad impulsiva (*impulsive aggression*) (Coccaro, 1992; Coccaro *et al.*, 1993) atribuyendo importancia central y causal a la disfunción del sistema serotoninérgico en individuos con TP, pero también en sujetos con trastornos afectivos, que tienden a actuar de manera irreflexiva, es decir impulsiva, y que en presencia de estímulos adecuados se agreden a sí mismos o a otros.

Una revisión de la literatura científica sobre el TP Borderline (Skodol *et al.*, 2002b) ha subrayado que la impulsividad agresiva es una característica fundamental del trastorno, y que puede explorarse tanto con criterios DSM como con instrumentos estandarizados. Por ejemplo, la BIS-11 (Escala de Impulsividad de Barratt, *Barratt Impulsiveness Scale-11*, Barratt y Stanford, 1995) o las subescalas de agresión e irritabilidad del BDHI (Inventario de Hostilidad de Buss y Durkee, *Assault and Irritability, Buss-Durkee Hostility Inventory*, Buss y Durkee, 1957). Ambas escalas correlacionan con una baja responsividad del sistema serotoninérgico.

En realidad, la situación es más compleja, porque además de la división conceptual descrita (la impulsividad y la agresividad como dos constructos diferentes característicos de varios TP o como un único concepto denominado “impulsividad agresiva”), también se describe una falta de homogeneidad en el significado de los términos (Goodman e New, 2000). La impulsividad agresiva ha sido descrita de numerosas maneras: (1) como una única dimensión de rasgo (Coccaro *et al.*, 1989; Davis y Siever, 1991); (2) como un conjunto de comportamientos impulsivos (Seroczynski *et al.*, 1999); (3) como un subconjunto de comportamientos agresivos, como la agresividad no planificada (*unplanned aggression*) (Barratt, 1994; Barratt *et al.*, 1999) y (4) como un constructo heterogéneo compuesto de

características de más rasgos (Depue y Lenzenweger, 2001). De todos modos, los resultados de algunas investigaciones que tienden a describir de una manera comprensible las características de los constructos y sus relaciones han obtenido resultados ambiguos (Koenigsberg *et al.*, 2001).

En un estudio realizado con 92 sujetos Borderline, de los cuales 85 eran mujeres, y con un alto porcentaje de criterios clínicos descriptores de impulsividad (70%), Critchfield *et al.* (2004) se propusieron identificar las relaciones entre diferentes instrumentos diagnósticos, seleccionados para cubrir la exploración de impulsividad, agresividad e impulsividad agresiva. El resultado ha demostrado independencia entre la impulsividad y la agresividad, y que las medidas de impulsividad agresiva correlacionan con las de agresividad. Este resultado refuerza la hipótesis de Depue y Lenzenweger (2001), quienes sostienen que la impulsividad agresiva es un constructo heterogéneo.

Algunos estudios realizados en la Universidad Vita-Salute San Raffaele de Milán, a cargo del grupo de Andrea Fossati y con mi colaboración, han ayudado a aclarar algunos aspectos de esta cuestión. En un estudio realizado con 181 sujetos con TP comparados con sujetos con diagnóstico psiquiátrico y población normal (Fossati *et al.*, 2001b), se investigó el fundamento del temperamento del TP Borderline desde la perspectiva del modelo de siete factores de Cloninger (Cloninger, 1987; Cloninger *et al.*, 1993), que propone una relación entre la impulsividad y las dimensiones de temperamento, especialmente Búsqueda de Novedad, semejante a la búsqueda impulsiva y no socializada de sensaciones (*Impulsive Unsocialized Sensation Seeking*, Zuckerman, 1993). Los resultados evidencian la capacidad de la dimensión Búsqueda de Novedad para diferenciar los TP Borderline del resto de TP y de las otras dos muestras. En el estudio se controló el efecto de la variable Apego, pasando a todos los sujetos el ASQ (Cuestionario de Estilo de Apego, *Attachment Style Questionnaire*, Feeney *et al.*, 1994), que resultó ineficaz para diferenciar a los TP Borderline, pero eficaz para discriminar los TP en general de las otras dos muestras. Las características de estas dimensiones (modelo de Cloninger y cuestionario de apego) se describen con detalle en el capítulo de la batería diagnóstica. Aquí solo quiero subrayar que los resultados del estudio tienden a demostrar que la variable “apego”, especialmente el inseguro, tiene más valor discriminativo para los TP en general que para el TP Borderline en particular.

En un estudio que intentó definir la relación entre impulsividad, agresividad, TP Borderline y TP Antisocial, con 747 sujetos no clínicos aplicando los dos cuestionarios citados (BIS-11 y BDHI), se demostró que ambos TP, Borderline y Antisocial, comparten características de impulsividad pero se diferencian en la agresividad. Ambos TP comparten elevadas puntuaciones en “impulsividad motora” o “actuar sin pensar” (Patton *et al.*, 1994; Moeller *et al.*, 2001). Sin embargo, respecto a la agresividad, el TP Borderline se caracteriza por componentes definidos como “rencor”, “culpa” e “irritabilidad”, mientras que el TP Antisocial está mejor caracterizado por componentes más relacionados con la agresividad, definidos como “agresión física”, “conducta opositorista” y “agresión indirecta”, según la terminología del BDHI. Esta distinción refuerza la diferenciación que el DSM-IV hace de ambos TP, al afirmar que el TP Antisocial es menos inestable emocionalmente y más agresivo que el TP Borderline.

Un estudio reciente (Fossati *et al.*, 2007) intentó verificar si la impulsividad y la agresividad se distribuyen a través de todos los TP del *Cluster B* del DSM-IV, afrontando el feñido problema de la covarianza entre los TP. Como ya se ha dicho respecto al Eje II del DSM, la experiencia clínica ha demostrado

que los TP tienen una marcada tendencia al codiagnóstico (varios TP en el mismo sujeto). Si bien el término que se utiliza frecuentemente es comorbilidad, es muy probable que los TP no sean independientes entre sí (en ese caso serían comórbidos), sino que tengan una relación de covarianza (estar conectados entre sí por dimensiones latentes). Una prueba de esto la ofrece el estudio de Fossati *et al.* (2000), en el cual no se ha podido replicar la estructura del Eje II, exceptuando los TP del *Cluster A*. Para los *Clusters B* y *C* se ha individualizado una estructura dimensional: el TP Borderline, de hecho, se ha colocado en el mismo factor que el TP Antisocial, de manera opuesta al TP Obsesivo-Compulsivo, reforzando la probabilidad de que la dimensión latente sea la impulsividad-compulsividad, como polos opuestos de la pérdida o exceso de control respectivamente. Este continuo, por otra parte, podría dar cuenta de la presencia de fenómenos obsesivos en sujetos Borderline (Brunnhuber, 2003). En el estudio antes citado (Fossati *et al.*, 2007) se evaluaron 461 sujetos admitidos tras la exploración clínica, diagnosticados con la entrevista semiestructurada *SCID-II* (First *et al.*, 1994) controlada respecto a la fiabilidad entre entrevistadores (Maffei *et al.*, 1997), y a quienes luego se les administró una exhaustiva batería de instrumentos para explorar impulsividad, agresividad, apego y perfil de temperamento y carácter según el modelo de Cloninger. El análisis factorial demostró la presencia de cinco factores. Todos los TP del *Cluster B* se reagruparon en un único factor, es decir en una única dimensión latente, diferenciándose entre ellos por subdimensiones específicas. Este factor aglutinador comprende Impulsividad, Agresividad y Búsqueda de Novedad, compartido por los TP Borderline, Antisocial, Narcisista e Histriónico en un polo, y el TP Obsesivo-Compulsivo en el otro. El TP Borderline se diferenció de los restantes por la presencia de impulsividad motora (“actuar sin pensar”) y ausencia de planificación; el TP Narcisista y el TP Antisocial se caracterizaron por la agresividad, diferenciándose entre ellos por la presencia de agresividad física, prevalente en el TP Antisocial; mientras que el TP Narcisista se caracterizó por la presencia de ira e irritabilidad: los sujetos narcisistas pierden el control a causa de la irritabilidad, probablemente secundaria a su baja tolerancia a la frustración. Estos datos han sido confirmados por un estudio empírico hecho en una población de sujetos con TP y con historia judicial, ingresados en una comunidad terapéutica. La presencia de TP Borderline ha mostrado una prevalencia significativa de delitos contra el patrimonio (más relacionado con uso de sustancias) y contra las personas (más relacionados con la pérdida de personas significativas) (Zanini, 2007). La presencia del TP Narcisista, en cambio, evidencia delitos cometidos contra las personas, especialmente agresiones en entornos familiares o con personas afectivamente significativas, secundarios a la incapacidad del control de la ira secundaria a frustraciones relacionales (Cardile, 2007). Los individuos con TP Pasivo-Agresivo han mostrado una configuración similar a los del TP Narcisista, con una concepción malévola y hostil del otro. El TP Histriónico se caracterizó por la presencia de las características de Búsqueda de Novedad ligadas a la excitabilidad, excentricidad y excesiva emocionalidad. Los resultados de estos estudios se resumen en la tabla 15, que puede ser considerada como una guía clínica de base empírica, para la diferenciación de las características más relevantes de los TP del *Cluster B*.

Tabla 15. Características diferenciales de impulsividad y agresividad entre los TP del Cluster B

TP Borderline	Impulsividad motora (“actuar sin pensar”), no planificada. Irritabilidad, rencor y culpa
TP Antisocial	Impulsividad motora (“actuar sin pensar”). Agresividad física, oposicionismo
TP Narcisista	Agresividad como ira.
TP Pasivo-Agresivo	Agresividad como ira y malicia.
TP Histriónico	Excitabilidad, emocionalidad sin control.

Los datos clínicos de base empírica citados en la tabla muestran cierta consistencia al destacar que algunos componentes de la impulsividad caracterizan al TP Borderline y que la impulsividad misma es un indicador estable en el tiempo. Aspectos específicos de la agresividad permiten diferenciar al TP Borderline del TP Antisocial y del resto de TP del *Cluster B*, haciéndose evidente que impulsividad y agresividad constituyen una dimensión latente que atraviesa y tipifica al *Cluster B*.

Este conjunto de características está de acuerdo con la hipótesis según la cual, por debajo del actuar sin pensar descontrolado existan factores biológicos temperamentales, con fundamento genético, especialmente Búsqueda de Novedad. Reforzando esta hipótesis hay estudios que demuestran la relación entre impulsividad y disfunción del sistema serotoninérgico (Coccaro *et al.*, 1989, 1993; Siever y Trestman, 1993). Otro aspecto de relevancia es la relación entre este tipo de datos y los aportados por estudios de neuropsicología y neuroimagen. De hecho, los sujetos Borderline muestran disfunción en regiones cerebrales (corteza orbito-frontal ventromedial y corteza del cíngulo) derivada de la menor actividad de la serotonina, que podría contribuir a explicar la poca inhibición de la conducta motora (New *et al.*, 2002, 2004). Estudios en genes candidatos implicados en el metabolismo de la serotonina han dado resultados prometedores (Lesch *et al.*, 1996; New *et al.*, 1998). Un argumento complementario a considerar sobre la relación entre el TP Borderline, sustrato biológico patológico y disfunción en los procesos de autoregulación a cargo de las estructuras cerebrales citadas es el de la significativa correlación entre el TP Borderline y los antecedentes infantiles de TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), lo cual sugiere considerar la posibilidad de esta opción al menos en una parte de estos sujetos (Fossati *et al.*, 2002)⁷.

Además de los estudios biológicos, la clínica y las historias de la vida de los sujetos Borderline aportan datos que enfatizan el rol de los eventos ambientales en la génesis de la falta de control conductual. Es sabido que los sucesos infantiles de muchos futuros Borderline han sido caracterizados como hechos negativos de valor traumático. Sobre este tema hay una amplia, pero controvertida, literatura. Un metaanálisis (Fossati *et al.*, 1999b) ha puesto en evidencia cómo la comparación entre estudios lleva a redimensionar el rol etiopatogénico del abuso sexual infantil en el TP Borderline. Las conclusiones de este estudio subrayan las dificultades metodológicas de los estudios retrospectivos en sujetos adultos sobre su historia infantil, especialmente respecto a hechos problemáticos, e invita a ser cautelosos a la hora de extraer conclusiones de tipo causa-efecto. Por otra parte, se ha demostrado

⁷N del T: Preguntar si los estimulantes (cocaína, anfetaminas, café o coca cola) mejoran la concentración sin excitarlos a nivel psicomotor, es un buen indicador para explorar antecedentes de TDAH (Forti *et al.*, 2008).

que hay eventos traumáticos precoces en sujetos con diagnósticos diferentes al de TP Borderline (Steinberg *et al.*, 1994), o bien sujetos que no llegan a la observación clínica por no padecer fenómenos problemáticos significativos. También cabe recordar el concepto de niño resiliente (*resilient child*), capaz de equilibrio y recuperación aún ante eventos adversos. En fin, es absolutamente necesario tomar en cuenta, como hacen la mayoría de los autores citados, de una patogenia multifactorial y de complejas interacciones entre predisposición genética y eventos ambientales (Torgersen, 2005). Este no es el lugar para profundizar en este aspecto, ya comentado en el apartado de la relación entre el TP Borderline y Eje I, especialmente en relación con el TEPT y sobre el apego.

Suicidio, parasuicidio y conductas autoagresivas

Los criterios diagnósticos del DSM-IV distinguen por una parte la conducta impulsiva potencialmente autolesiva en varias áreas, y por otra, siempre juntas, la conducta suicida y las automutilaciones. En el apartado dedicado a impulsividad y agresividad se han comentado los conocimientos actuales sobre las características de estas variables, sus semejanzas y sus diferencias. En este apartado es oportuno recordar que las conductas autolesivas y suicidas de los sujetos Borderline presentan una multiplicidad de factores causales y de riesgo, entre los cuales podría haber una base de impulsividad. De esto se desprende que la distinción propuesta por el DSM pueda parecer imprecisa. Por otra parte, toda el área de conductas autolesivas de los sujetos Borderline es víctima de confusiones terminológicas que hacen problemática la comparación entre estudios y sus resultados (Gerson y Stanley, 2002). Por ejemplo, el “intento de suicidio”, mejor definido como parasuicidio, podría extenderse al área de las conductas autolesivas, pese a que en ellas no exista intención autolítica.

Más del 80% de los sujetos Borderline comete actos definibles genéricamente como suicidas, de diferente naturaleza y gravedad (Soloff *et al.*, 2002), con una media de 3,4 actos por sujeto durante el curso de la enfermedad (Soloff *et al.*, 1994). Gunderson (2001) afirma que los sujetos que han puesto en acto conductas suicidas también han tenido conductas autolesivas en el 62% de los casos, mientras que según Stone *et al.* (1987) los sujetos que se autolesionan duplican el riesgo de conducta suicida. La prevalencia de suicidios eficaces en los sujetos Borderline varía según los estudios, aunque es muy creíble la valoración de Paris y Zweig-Frank (2001) quienes estimaron un valor de alrededor del 10% en una población de Borderline estudiada durante 27 años. Este valor es similar al de pacientes depresivos hospitalizados (15%), bipolares (10%) y esquizofrénicos (10%). Datos más recientes derivados de un estudio longitudinal (*McLean Study of Adult Development*, MSAD, Zanarini *et al.*, 2005) efectuado sobre 378 sujetos durante un período de seguimiento de seis años, han obtenido un 4% de riesgo de suicidio. Este estudio ha mostrado una evolución positiva de la patología Borderline en varias áreas. Un problema relevante es el de las posibles diferencias de los factores de riesgo entre los sujetos que “intentan el suicidio”, probablemente más de una vez, sin conseguirlo nunca, lo que lleva a pensar que tal vez se traten de conductas parasuicidas, y los sujetos que realmente lo logran. En la tabla 16 se resumen los factores de riesgo de parasuicidio según la revisión de varios estudios hecha por Black *et al.* (2004), y en la tabla 17 se muestra una síntesis de los factores de riesgo en sujetos Borderline que han logrado consumir el suicidio.

Tabla 16. Factores de riesgo de conducta parasuicida (Black *et al.*, 2004, modificado)

Estudio	Resultados
Friedman <i>et al.</i> (1983), n = 53	La depresión aumenta el riesgo
Fyer <i>et al.</i> (1988), n = 180	Depresión y uso de sustancias aumentan el riesgo
Shearer <i>et al.</i> (1988), n = 40	Mayor gravedad: edad, intentos previos, TCA, síntomas psicóticos e historia familiar
Soloff <i>et al.</i> (1994), n = 61	mayor gravedad: edad, depresión, impulsividad patológica y TP Antisocial
Brodsky <i>et al.</i> (1997), n = 214	Mayor riesgo: impulsividad patológica, intentos previos y abuso infantil
Soloff <i>et al.</i> (2002), n = 61	Mayor riesgo: historia de abuso sexual infantil

Tabla 17. Factores de riesgo de suicidio consumado (Black *et al.*, 2004, modificado)

Estudio	Resultados: suicidio asociado con...
Kullgren (1988), n= 15	Intentos previos, hospitalizaciones y demanda de tratamiento tardía
Paris <i>et al.</i> (1989), n= 14	Intentos previos, nivel socioeducativo elevado
Runeson-Beskow(1991),n= 33	Depresión, uso de sustancias y rasgos antisociales
Kjelsberg <i>et al.</i> (1991), n= 21	Pérdida temprana de los padres, largas hospitalizaciones e interrupción del tratamiento
Rich/Runeson (1992), n= 54	Depresión, uso de sustancias, rasgos antisociales, separación padres, problemas escolares y legales
Isometsa <i>et al.</i> (1996), n= 43	Intentos previos, depresión y uso de sustancias

La revisión de la literatura sugiere que entre los sujetos Borderline no es fácil diferenciar a los sujetos con alto riesgo de suicidio consumado de aquellos con riesgo de comportamiento parasuicida. Además, es evidente que la presencia de patología psiquiátrica es relevante para consumir el suicidio, especialmente depresión y uso de sustancias. La presencia de rasgos antisociales aumenta el riesgo de conductas parasuicidas y de suicidio consumado, mientras que la tendencia a actuar impulsivamente y el abuso sexual aumenta especialmente el riesgo de actos parasuicidas. Los datos recogidos de los estudios citados en las tablas son más ricos y variados, pero no haré más comentarios por razones de espacio.

Gunderson (2001) ha observado conductas autolesivas en el 75% de los sujetos Borderline, con la siguiente distribución de frecuencia: cortes (80%), lesiones con hematomas (24%), quemaduras (20%), golpes en la cabeza (15%), y mordeduras en mujeres (7%) (Shearer, 1994b).

Las conductas autolesivas, generalmente ante situaciones interpersonales estresantes, por ejemplo, abandonicas, pueden tener múltiples motivos. Según el estudio citado, la distribución de los motivos es la siguiente: necesidad de sentir dolor físico y dominarlo (59%); autopunición (49%);

control de afectos y emociones (39%); control de sí mismo o de los otros (22%); expresión de ira (22%) y revertir o dominar sentimientos de “confusión” (20%). Según Feldman (1988), los actos autolesivos estarían insertados en una dimensión ritualística, en la cual el **acto** mismo asume una connotación particular de distracción y concentración simultáneas: por una parte disolver la atención de estados de ánimo y pensamientos intolerables, y al mismo tiempo concentrar la atención en el estado mismo determina un sentimiento de alivio de la tensión y control emocional. Según Linehan (1993), la conducta autolesiva está al servicio de la autoregulación emocional-afectiva, un área en la que los sujetos Borderline tienen serias dificultades. Estudios empíricos de esta corriente teórica han propuesto y verificado que la experiencia subjetiva de los Borderline, especialmente de sexo femenino, se caracteriza por *aversive tension* (tensión aversiva) (Stiglmayr *et al.*, 2001; 2005), consistente en un estado de activación emocional negativa indiferenciada, con ansiedad, miedo o ira, que crece a lo largo de los días y que debe ser interrumpida cuando se vuelve insoportable. Se ha relacionado el estado de *aversive tension* con estados disociativos, ya sean de tipo mental (automatismo mental, desdoblamiento del yo, superposición de recuerdos y vivencias de un hecho, concentración completa en algo hasta olvidar el resto de la realidad, ausencia de percepción del paso del tiempo, sentimientos de extrañeza respecto a los demás, etc.) o somatomorfo (sentimientos de extrañeza respecto al propio cuerpo, menor capacidad perceptiva y sensorial, llegando a la ceguera, sordera o analgesia, poco control motor, llegando a la parálisis, etc.). Se ha sugerido que el aumento del estado de *aversive tension* determina el desencadenamiento de estados disociativos a los que pondrían fin las acciones autolesivas.

Respecto a la aparente ausencia de dolor tras la automutilación (ratificada en la clínica) se puede inferir que el dolor mismo sea una validación del dolor psíquico o un medio para intentar huir de un sentimiento de muerte psíquica. Ya Menninger (1938) había sugerido que la automutilación podría ser un intento de equilibrar exigencias agresivas y sexuales con exigencias de autocastigo, especialmente para huir del riesgo de suicidio. Gunderson (1984) había sugerido que la autolesión estaba al servicio de un intento de reencuentro con el objeto perdido, mediante un control fantasmático del mismo. Kernberg, desde una lógica del “conflicto”, y Adler desde la perspectiva del “déficit”, han atribuido a los actos autolesivos valor de intencionalidad en función de las dinámicas del mundo intrapsíquico. Estos aspectos se han comentado en el capítulo de diagnóstico estructural.

Como comentario general quiero destacar que muchos autores, de diferentes orientaciones teóricas, han visto la conducta autolesiva como una necesidad de regulación interna más que como tentativas de interferir con el mundo externo interpersonal. Es evidente que estas conductas, “vistas desde fuera”, especialmente en personas afectivamente implicadas, ponen en acto sentimientos ante la confrontación consigo mismo. Naturalmente, los motivos interpersonales pueden estar presentes, e inconscientemente, el sujeto Borderline puede no estar de acuerdo con lo que definimos como “beneficio secundario”.

A propósito de la relación entre conducta autolesiva y percepción de dolor, algunos estudios (Schmahl *et al.*, 2004b; Ludascher *et al.*, 2007) han puesto en evidencia que los sujetos Borderline tienen una reducción de la percepción dolorosa ante situaciones de estrés respecto a situaciones normales, y que se ha verificado una asociación positiva entre aumento del umbral doloroso, *aversive tension* y síntomas disociativos.

La compleja problemática psicopatológica representada por los comportamientos suicidas, parasuicidas y autolesivos implica, como ya se ha dicho, también la disregulación emocional, la *aversive tension* y la disociación. De aquí a la relación entre estos hechos clínicos y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) hay poca distancia. Como bien recuerda Gunderson (2001), este ha sido el centro de atención durante los 90' interesando al diagnóstico de sujetos con oscilaciones del humor, impulsividad, autolesiones, fenómenos disociativos e historia infantil gravemente traumática, especialmente relacionada con el abuso sexual. También se corrió el riesgo de asimilar el TP Borderline al TEPT, considerando al primero como una consecuencia de graves traumas infantiles causantes de un trastorno postraumático crónico. A lo largo de estos años, esta asimilación diagnóstica se fue diluyendo, quedando la posibilidad de una co-presencia significativa de ambos diagnósticos. Zanarini *et al.* (2004) han encontrado un porcentaje de codiagnóstico del 58,3% en una muestra de 290 sujetos Borderline, frente a un 25% de una muestra de 72 sujetos con otros TP. Tras un período de seguimiento de seis años, los porcentajes fueron del 34,9% y 4,8% respectivamente. Otros estudios habían identificado porcentajes entre 25% y el 57% en evaluaciones transversales (Zanarini *et al.*, 1998; Hudziak *et al.*, 1996). Frente a este elevado porcentaje de codiagnóstico, dos estudios (Golier *et al.*, 2003; Zlotnick *et al.*, 2003) han demostrado que el TP Borderline puede asociarse al TEPT pero que esto no incide en la autonomía del TP Borderline mismo. El estudio de Golier identificó una elevada tasa de traumas infantiles en sujetos Borderline (52,8%), frente a los de otros TP (34,3%), acompañados de un riesgo duplicado de TEPT. Sin embargo, el path analysis de todas las posibles formas de conexión entre ambos trastornos no ha demostrado ninguna especificidad. Por ejemplo, el TP Paranoide también ha demostrado elevadas tasas de codiagnóstico y de traumas infantiles. El estudio de Zlotnick, dentro del CLPS ha comparado tres grupos: Borderline, TEPT y mixto (codiagnóstico de ambos trastornos), obteniendo los siguientes resultados. (1) El codiagnóstico del TEPT no modifica las características clínicas del TP Borderline ni el cuadro de codiagnósticos con Eje I, pero agrava la impulsividad y la tendencia suicida. (2) Los sujetos con ambos diagnósticos o con solamente TEPT evidencian una tipología de traumas infantiles más extensa que el grupo Borderline. Se pueden ver más detalles sobre este aspecto en el capítulo de diagnóstico estructural.

Apego y mentalización

- Apego y TP Borderline

La relevancia de problemas interpersonales en la fenomenología del TP Borderline, ya implícita en el modelo psicopatológico basado en las relaciones objetales de Kernberg, y central en la filosofía del tratamiento, especialmente psicoterapéutico, ha llevado a pensar que exista una relación significativa con el apego, particularmente el de tipo inseguro. El tema es extremadamente amplio y está fuera de los objetivos de este texto. Sin embargo, es oportuno profundizar algunos aspectos que la investigación demuestra que son importantes para la comprensión del TP Borderline, especialmente la relación entre las vivencias de apego y el desarrollo de la capacidad mental.

El desarrollo de métodos estandarizados para la evaluación del apego en adultos permitió desarrollar investigaciones empíricas que han producido interesantes resultados. Agrawal *et al.* (2004) han revisado trece estudios empíricos referidos a las características del apego en el TP Borderline, resumidos en la tabla 18, en la que se indican varios instrumentos de evaluación del apego en el adulto. Para obtener

más información sobre estos instrumentos y de la evaluación del apego en el adulto se recomienda consultar la revisión de Barone y Del Corno (2007). Estos resultados permiten afirmar que sólo un mínimo porcentaje de sujetos Borderline tiene un apego seguro. Los tipos de apego dependen del instrumento utilizado y de la teoría desde la que ha sido creado cada instrumento. En la tabla 19 se resume la terminología utilizada en relación con cada instrumento.

Tabla 18. Resumen de estudios sobre apego en el TP Borderline (Agrawal *et al.*, 2004, modificado)

Estudio	Muestra	Instrum.	Resultados
Sperling <i>et al.</i> , 1991	24 Borderline	ASI	Ambivalente, Evitativo, Hostil
West <i>et al.</i> , 1993	47 Borderline	RAQ	Teme abandono, Desapego rabioso, Busca depender
Dutton <i>et al.</i> , 1994	? Borderline	RQ	Ansioso
		RSQ	Preocupado
Patrick <i>et al.</i> , 1994	12 Borderline	AAI	No resuelto, Preocupado (subtipo ansioso)
Stalker y Davies, 1995	8 Borderline	AAI	No resuelto, Preocupado, Alejado
Fonagy <i>et al.</i> , 1996	36 Borderline	AAI	No resuelto, Preocupado
Rosenstein-Horowitz, 1996	? Borderline	AAI	Preocupado, Alejado
Sack <i>et al.</i> , 1996	49 Borderline	ASR	Evitativo, Ansioso, Ambivalente
		ASI	Ambivalente, Hostil, Evitativo
		RAQ	Desapego rabioso, Busca Dependier
Brennan y Shaver, 1998	426 Borderline	RQ	Ansioso, Preocupado, Alejado
Fossati <i>et al.</i> , 2001	44 Borderline	ASQ	Ansioso, Preocupado, Alejado
Meyer <i>et al.</i> , 2001	? Borderline	N/A	Borderline
Nickell <i>et al.</i> , 2002	? Borderline	ASR	Ansioso, Ambivalente
Barone, 2003	40 Borderline	AAI	No resuelto, Preocupado

AAI, *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, Main [1984]); ASI, *Attachment Styles Inventory* (Sperling, Berman [1991]); ASQ, *Attachment Style Questionnaire* (Feeny e coll. [1994]); ASR, *Attachment Self-Report* (Hazan, Shaver [1987]); RAQ, *Reciprocal Attachment Questionnaire* (West e coll. [1987]); RQ, *Relationship Questionnaire* (Bartholomew, Horowitz [1991]); RSQ, *Relationship Scales Questionnaire* (Griffin, Bartholomew [1994]).

Tabla 19. Características del apego según los instrumentos utilizados (Agrawal *et al.*, 2004, modificado)

Tipo	Definición	Medida	Método
Seguro	Narrativa coherente y creíble	AAI	Narrativa
	Confianza, intimidad y reciprocidad	ASR	Categorial
	Acepta la dependencia	ASI	Categorial-dimensional
	Acepta intimidad y dependencia	RQ, RSQ	Categorial-dimensional
	Confía en las relaciones	ASQ	Categorial-dimensional
Preocupado	Verborreico, confuso, viscoso	AAI	
	Desea acercamiento, temor a desvalorización	RQ, RSQ	
	Temor a la cercanía, necesita aprobación	ASQ	
Ambivalente	Desea intimidad, teme dependencia	ASR	
	Dependencia rabiosa	ASI	
Temeroso	Desea intimidad, teme rechazo	RQ, RSQ	
	Desea acercamiento, miedo a desaprobación	ASQ	
Alejado	Mínimiza la dependencia	AAI	
	Desapego emocional	RQ, RSQ	
	Desvaloriza la dependencia	ASQ	
Evitativo	Desconfianza, teme depender y ser rechazado	ASR	
	Baja dependencia, poca rabia	ASI	
No resuelto	Narración desorganizada, confusión temporal (+ respecto a traumas)	AAI	
Borderline	Fantasmía ambivalente de relaciones ideales	?	Consenso clínico
Otros	Búsqueda-oferta compulsiva de atención, confianza compulsiva en sí mismo	RAQ	Categorial-dimensional

AAI, *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, Main [1984]); ASI, *Attachment Styles Inventory* (Sperling, Berman [1991]); ASQ, *Attachment Style Questionnaire* (Feeney e coll. [1994]); ASR, *Attachment Self-Report* (Hazan, Shaver [1987]); RAQ, *Reciprocal Attachment Questionnaire* (West e coll. [1987]); RQ, *Relationship Questionnaire* (Bartholomew, Horowitz [1991]); RSQ, *Relationship Scales Questionnaire* (Griffin, Bartholomew [1994]).

Estos datos presentan una serie de problemas, especialmente metodológicos, relacionados con las muestras (muchas tienen pocos sujetos) y los diagnósticos (los instrumentos no son comparables entre sí). Dicho esto, todavía es posible extraer algunas conclusiones. (1) La mayor parte de los sujetos Borderline presenta un **apego inseguro** de tipo no resuelto y temeroso. (2) Los estudios que han utilizado la AAI han encontrado que entre un 50% y un 80% de los sujetos tienen un apego “no resuelto”, mientras que los estudios que han utilizado instrumentos autoaplicados han encontrado que la mayoría de los sujetos tiene un apego “temeroso”. (3) Todos los sujetos de la categoría “no resuelto” y “temeroso” fueron clasificados secundariamente como “preocupado”. Meyer *et al.* (2001)

definen el apego “preocupado” como la forma de apego prototípica del Borderline, caracterizada por fantasías ambivalentes de relaciones ideales. (4) Respecto al objeto de apego, los estudios definen un tipo de apego “no resuelto” con un segundo componente “preocupado” por las relaciones con los padres y un apego con figuras adultas significativas de tipo “temeroso” y secundariamente “preocupado”. Dicho de otra forma, la relación con las figuras parentales parece no resuelta, confusa y contradictoria, acompañada de fantasías omnipotentes y ambivalentes de dependencia de figuras ideales, mientras que la relación con figuras adultas significativas se caracteriza por el temor a la desaprobarción y al rechazo, acompañado de necesidad de cercanía y aprobación cargada de ansiedad.

Estos resultados, pese a sus limitaciones metodológicas, sugieren que el apego inseguro pueda ser considerado como un indicador de nivel endofenotípico en el límite entre naturaleza y cultura (Goldsmith *et al.*, 1987; Brussoni *et al.*, 2000) respecto al riesgo patogénico de desarrollar un TP Borderline. De hecho, no debe olvidarse que el apego es: (a) un instinto, por lo que tiene un fuerte fundamento biológico-genético; (b) un mediador de las relaciones interpersonales precoces y (c) un organizador de la vida intrapsíquica y relacional. Respecto a la relación entre los componentes genéticos y ambientales, un aspecto relevante es el nivel de especificidad del apego inseguro respecto al TP Borderline y al resto de TP. El estudio de Fossati *et al.* (2001) ha demostrado que los componentes temperamentales relacionados con la impulsividad son los que mejor discriminan al TP Borderline, mientras que el apego inseguro parece ser una dimensión transversal, común a los TP en general. En otro estudio (Fossati *et al.*, 2005) se compararon cuatro posibles modelos de asociación entre apego, impulsividad y agresividad en sujetos Borderline, planteando cuatro hipótesis posibles: (1) el TP Borderline se asocia con la impulsividad y la agresividad, y el apego no incide en ninguno de ellos; (2) el apego incide en el TP Borderline, no así la agresividad ni la impulsividad, aunque correlacionen con el trastorno; (3) el apego incide en la impulsividad y en la agresividad, las que predicen el TP; (4) el apego incide tanto en el TP Borderline como en la agresividad e impulsividad. La elaboración estadística muestra que el mejor modelo es el tercero, indicando una relación indirecta entre apego y TP Borderline, mediado por los rasgos de impulsividad y agresividad. Estos datos también invitan a reflexionar sobre la complejidad de la relación entre apego y patología Borderline, testimoniando empíricamente la importancia de factores temperamentales, por lo tanto, de naturaleza biológica-genética.

- Mentalización y TP Borderline

El problema encuentra sus raíces en la relación entre el apego y la construcción de funciones de la mente humana, originariamente definidas por Bowlby (1973) como *Internal Working Model* (Modelo Operativo Interno). La relación externa de apego genera un equivalente operativo en el mundo intrapsíquico. Es verosímil que el apego seguro genere una representación adaptativa del sujeto, de la realidad y de la relación entre ambos, fundado en una “base segura” (Bowlby, 1988) de seguridad en sí mismo y confianza en el mundo, y que el apego inseguro favorezca la construcción de una representación problemática, potencialmente desadaptativa, de sí mismo, de la realidad y de la relación entre ambos. De esto se desprende que el apego inseguro puede ser considerado como un factor de riesgo de patología psíquica. Estas conceptualizaciones han encontrado particular aplicación en el campo de la patología Borderline. El grupo londinense coordinado por Peter Fonagy y Anthony Bateman ha formulado hipótesis interesantes y ha realizado estudios empíricos sobre lo que ellos

denominan “mentalización” (Fonagy *et al.*, 2002). Según estos autores, la mentalización es el proceso de desarrollo del conocimiento de que la experiencia de la realidad está mediada por funciones mentales. Este concepto se inserta en un contexto conceptual y de investigación más extenso, referido a la capacidad de los seres humanos para saber que viven dentro de una representación del mundo construida con capacidades “metacognitivas” (cognición de cogniciones). Las metacogniciones permiten interactuar de manera más positiva y constructiva con el mundo mental de los otros seres humanos. Es evidente, por lo afirmado, que un déficit en este tipo de capacidad representa una desventaja para la vida social: la ausencia de capacidades metacognitivas (mentalización) implica vivir en un mundo mental vivido como real y, por lo tanto, sufrir las dificultades de la regulación de las relaciones con sí mismo y con los otros.

Lamentablemente, este ámbito teórico y de investigación, por su falta de homogeneidad de lenguaje y de conceptos, hace difícil la comparación y la reflexión sobre el nivel adquirido de los conocimientos. Términos como metacognición, en sus diferentes acepciones, mentalización, teoría de la mente e inteligencia emocional, son hoy objeto de mucha atención, pero es necesario tener la máxima cautela para comprender la acepción exacta de cada término en la obra y teoría de cada autor. Cavadini (2007) ha hecho una precisa reseña sobre este aspecto, y a él me referiré en gran parte para ilustrar el modelo teórico-práctico que más se ha acercado a comprender la patología Borderline como resultado de un desarrollo carente de la capacidad de poner en acto estrategias de interpretación de los contenidos de la propia mente y de la de los otros, íntimamente ligado a visciditudes interpersonales con las figuras del *caregiver* (cuidador), con quien el infante construye los primeros y más significativos vínculos de apego.

Bowlby (1973) ha introducido el concepto de “modelos múltiples” para indicar la presencia de modelos contradictorios o incompatibles de un mismo aspecto de la realidad. Dentro de la teoría del apego, en la cual los *Internal Working Model* ocupan un rol de importancia primaria para determinar el grado de confianza básica que permite una adaptación del individuo al mundo social, se atribuye gran importancia a la flexibilidad, coherencia e integración de estos modelos, de manera que la ausencia de estas características puede indicar disfuncionalidad o, en casos extremos, patología.

La raíz de estos modelos múltiples, que se basan en el *splitting* (escisión) de dos series incompatibles de *Internal Working Model*, está en sus orígenes, según Bowlby (1980), en dos tipos de situaciones críticas. La primera está representada por situaciones en las cuales el sistema de apego se activa de manera muy intensa, y no solo no logra desactivarse con la atención por parte del cuidador, sino que puede ser castigado o ridiculizado. La segunda se refiere a situaciones en las que el infante vive en primera persona o sabe algo que el progenitor no querría que supiera, y que, en caso de enterarse le castigaría. En este caso el evento real es excluido de la memoria pero se conserva lo dicho por el progenitor.

Según Mary Main (1991), es muy probable que allí donde se encuentren modelos contradictorios múltiples de sí mismo o de la experiencia deba desarrollarse algún modo de conocimiento metacognitivo de base o que se verifiquen las carencias en los mecanismos de control metacognitivo.

La incapacidad para acceder a la “diversidad representacional” (“puedo no saber lo que otros saben; otros pueden no saber que yo sé; aquello que yo u otros pensamos puede ser falso”) y del “cambio representacional” (“hoy no pienso lo que pensaba ayer, y tal vez mañana pensaré de otra manera”)

predispone al infante a una mayor vulnerabilidad ante eventos desfavorables, lo que provoca una mayor tendencia a crear modelos múltiples. Bowlby (1973) ha sugerido que modelos de interacción desfavorables con las principales figuras de apego pueden hacer al infante más vulnerable, y por lo tanto favorecerlo a desarrollar modelos múltiples de la figura de apego, y en consecuencia, también de sí mismo.

A partir de estas reflexiones teóricas, Main y Goldwin (1994) han creado una escala para puntuar las narrativas de la Entrevista de Apego del Adulto (*Adult Attachment Interview*, Main y Goldwin, 1994), que podría considerarse como uno de los instrumentos más importantes de evaluación del apego adulto en este ámbito de investigación. La escala de monitoreo metacognitivo de Main (1991) toma en cuenta la frecuencia y la calidad de los comentarios y consideraciones del entrevistado dirigidos al reconocimiento de la distinción apariencia-realidad, de la diversidad de las representaciones y del cambio de las representaciones a lo largo del tiempo, ofreciendo la posibilidad de distinguir modelos más o menos unitarios o múltiples de las representaciones internas ligadas a las experiencias de apego.

Profundizando en el trabajo de Main e integrándolo en un esquema conceptual más amplio, Fonagy *et al.* introducen un modelo teórico del desarrollo emocional y cognitivo del infante, ampliando la teoría del apego y las teorías psicoanalíticas clásicas, para desarrollar una teoría etiopatogénica del TP Borderline. El modelo es tanto clínico, pues explica los rasgos fundamentales de este trastorno, como psicoterapéutico, pues describe una aproximación a las estrategias de tratamiento.

En síntesis, la “función reflexiva del Self” (mentalización) es una compleja adquisición ligada al desarrollo del aparato psíquico, que interpreta, da significado y prevé los comportamientos de los otros a partir de sus presuntos estados mentales, especialmente los estados denominados por Dennett (1987) “estados intencionales” (deseos y creencias). Más recientemente, esos estados intencionales han sido atribuidos no solo al pensamiento conciente, sino también a procesos inconcientes, importantes e influyentes para determinar las conductas observables, y por lo tanto fundamentales en la construcción y en la organización de un modelo de la mente que permita previsiones eficaces. El tipo de monitoreo metacognitivo ofrecido por la función reflexiva del Self es totalmente diferente a la introspección y a la auto-reflexión (*self-reflection*). El primero es un proceso automático activado inconcientemente cada vez que sea necesario interpretar una acción humana, y que incluye aquella porción de la organización del self que se construye y actúa fuera del conocimiento conciente. El recorrido que permite desarrollar esta importante función está íntimamente ligado a los aspectos relacionales de las experiencias precoces vividas por el infante. Por esto Fonagy *et al.* eligen referirse a la teoría del apego, con particular atención al concepto de organización de los modelos operativos internos, como base para la construcción de su hipótesis.

La adquisición de una teoría de la mente es parte de un proceso intersubjetivo entre el infante y el cuidador (Fonagy y Target, 1997) que se construye a través de procesos comunicativos lingüísticos y paralingüísticos gracias a los cuales el infante aprende que los comportamientos propios y de los otros son mejor explicados atribuyendo a unos y a otros ideas y sentimientos que entran en juego en los intercambios interpersonales. Un buen cuidador es capaz de transmitir al infante la capacidad, estrechamente ligada a las competencias en manipulación simbólica y de actividad representacional, de relacionar las propias vivencias y experiencias internas con los datos reales, físicos y tangibles, que

constituyen la realidad externa, integrando estos dos aspectos en un único modelo interpretativo que se organiza en la función reflexiva del self. El infante llega a comprender que las reacciones observadas en el cuidador están directamente ligadas a los estados mentales, deseos y creencias que éste adscribe como “agente mental”, favoreciendo el desarrollo del sentido de sí mismo. En cambio, si el cuidador falla en este punto, distorsionando sistemáticamente los estados mentales del infante, comprometería seriamente la evolución del sentido de sí mismo y de un modelo de la mente. El mecanismo básico de este proceso es definido por Fonagy como “afecto especular” (*affective mirroring*), compuesto por dos características peculiares: la congruencia categorial y el marcador (Fonagy *et al.*, 2002).

La primera es el grado de contingencia entre el estado emocional del infante y el estado emocional especular devuelto por el cuidador. La segunda es la producción de una versión exagerada, y por lo tanto no del todo auténtica, de la expresión realística de la emoción. Este segundo aspecto es fundamental para que se realice un “desdoblamiento referencial” (Leslie, 1994) tras la expresión emotiva y el correspondiente estado disposicional del agente que la produce: en ausencia de un marcador correcto el infante se encontraría atribuyendo realísticamente el estado emotivo y disposicional al cuidador y le resultaría imposible construir una representación secundaria del estado emotivo propio de ese momento. Si el desdoblamiento referencial se produce, y la emoción especular reflejada del cuidador es congruente (tiene alto grado de contingencia) respecto a la del infante, es posible para éste relacionar la emoción expresada por el cuidador a sí mismo.

La hipótesis de Fonagy y colaboradores es que hay algunos eventos vitales importantes mediante los cuales el infante logra pasar de un modelo interpretativo de tipo “teleológico” a uno basado en la mentalización, que se organizan alrededor de varias dicotomías (interno-externo, conductas-deseos y realidad física-creencias). A los nueve meses de edad, aproximadamente, el infante dispone de un modelo interpretativo de las acciones y comportamientos propios y de los otros, así como de cualquier ser animado o inanimado, guiado por la “perspectiva teleológica” (Gergely y Csibra, 1997). Una explicación teleológica posee dos características fundamentales. (1) Se concentra en el éxito que sigue a la acción, no en las causas. (2) El estado de éxito es aceptado como explicación teleológica del comportamiento, puesto que lo justifica.

En un segundo momento, entre los tres y cuatro años de edad, el infante comienza a interpretar los comportamientos a partir de dos modalidades de relacionar la experiencia interna de las situaciones externas: “equivalencia psíquica” y “simulación” (como si) (Fonagy e Target, 1996). La primera presupone que el infante parece no considerar los propios estados psicológicos como estados representacionales sino como parte de una realidad objetiva o física: la realidad interna y el mundo externo se reflejan especularmente, como si existiese una única realidad. El infante siente que las fantasías y las informaciones del mundo externo tienen un impacto potente y directo las unas sobre las otras, lo cual puede provocar una profunda angustia. La segunda modalidad (“simulación”) se contrapone a la primera, pues implica la total separación del estado mental interno de la realidad física externa, privado de cualquier conexión con el mundo externo. El infante llega a ver su propia mente como algo que representa ideas, sentimientos y deseos, pero sin conexión ninguna con la realidad (Target e Fonagy, 1996). Al separar ficción y realidad se hace posible el juego.

Según estos autores, entre el cuarto y quinto año de vida las dos modalidades de pensamiento, que hasta ese momento coexisten en el acontecer psíquico del infante, se integran en una realidad

psíquica más evolucionada: la realidad reflexiva o “mentalizadora” (Gopnik, 1993). Para que esto suceda es necesario que los mecanismos de espejamiento afectivo, actitud hacia el juego, seguridad en los esquemas de apego, la construcción de una experiencia de sí y de la realidad integrada sean el marco de referencia para el desarrollo psíquico del infante (Bateman y Fonagy, 2004). Un fallo total o parcial de este curso evolutivo, y el consiguiente hipodesarrollo de la capacidad de mentalización, constituirían, desde esta óptica, los elementos nucleares del TP Borderline (Fonagy, 2000; Fonagy *et al.*, 2000).

El término “función reflexiva” se refiere a los procesos psicológicos subyacentes a la capacidad de mentalización, con un componente autoreflexivo y otro interpersonal, que idealmente dotan al individuo de una capacidad para distinguir la realidad externa y la interna, funcionamiento real y simulado, procesos mentales y emocionales intrapersonales y comunicación interpersonal. Al atribuir estados mentales, los niños logran encontrar significado, y en cierta medida predecir, el comportamiento de los otros. Cuando llegan a comprender el comportamiento de los otros, pueden activar flexiblemente, a partir de un grupo de representaciones de Sí mismo y del Otro que organizaron a partir de las experiencias previas, la que mejor se adapta para responder eficazmente en una interacción interpersonal específica. La esencia de esta capacidad no está ligada a una capacidad de articular teóricamente tales comprensiones, sino a una capacidad práctica, que se demuestra en la manera en la cual el sujeto interpreta los eventos en las relaciones interpersonales significativas cuando debe hacerlo.

Fonagy y colaboradores (1998), a partir del trabajo de Mary Main, han elaborado una escala de la función reflexiva aplicable a los ítems de la *Adult Attachment Interview*, como una operacionalización de las diferencias individuales de las capacidades metacognitivas del adulto. Sus características fundamentales son las siguientes: (1) da sentido al comportamiento; (2) regula el comportamiento; (3) es automática e inconciente; (4) organiza el sí mismo fuera del conocimiento conciente; (5) se sirve de la memoria procesual; (6) está ligada a un dominio específico de interacciones, no es generalizable.

La función reflexiva puede estar más o menos presente en las situaciones según el contexto y el estado emotivo del individuo. En función del mayor o menor grado de integración o fragmentación, esta característica será más o menos adaptativa y flexible en relación a los ámbitos en los cuales debe ser utilizada. Fonagy se refiere en este caso a los modelos operativos internos múltiples y al *splitting*; también la función reflexiva, en presencia del *splitting*, puede funcionar de diversas maneras, según deba ser utilizada en situaciones sociales generales o más específicamente ligadas a relaciones de apego actuales o pasadas. La función reflexiva es a todos los efectos un factor de protección respecto a los diferentes grados de patología mental. En la patología neurótica encontramos un fallo parcial, mientras que en la patología de la personalidad el fallo es más invasor, siendo máximo en los pacientes definidos como Borderline.

Semerari y colaboradores (2005) han desarrollado una evaluación operativa de las capacidades metacognitivas en los sujetos Borderline y en los TP en general, quienes pese a mantener la capacidad para identificar estados mentales, tienen dificultades para integrarlos, especialmente las representaciones de sí mismo y de los otros y la diferenciación entre fantasía y realidad. Esta forma de evaluación se inserta dentro de un modelo de funcionamiento de la patología de la personalidad con problemas alrededor de la construcción del sí mismo, los cuales favorecen la presencia de estados mentales

problemáticos, déficit en las funciones metacognitivas, esquemas interpersonales distorsionados y patógenos, y procesos decisionales desadaptativos (Di Maggio *et al.*, 2006).

Resumiendo, la hipótesis del grupo de Fonagy y Bateman identifica la dimensión “nuclear” de la personalidad Borderline como un déficit en las capacidades de mentalización, como parte de un proceso patogénico determinado por la disfuncionalidad de las relaciones de apego, que transforma un factor que facilita el desarrollo adaptativo en un factor de riesgo, en cuanto generador de trauma. Los sujetos que han sufrido tal tipo de trauma inhiben defensivamente las propias capacidades de mentalización en función de una evitación protectora de las representaciones de un cuidador terrorífico, generando algunas de las características clínicas de la personalidad Borderline. Particularmente, la inhibición defensiva de la capacidad de mentalización se debe al aumento crónico del *arousal* (activación) cerebral lo que lleva a la perpetuación de eventos traumáticos. La corteza cerebral prefrontal depende de la regulación del *arousal* y de la acción de un mecanismo de desactivación de la actividad prefrontal en presencia de niveles excesivos de *arousal* (Dozier *et al.*, 1999, Arnsten, 1998; Mayes, 2000), se instaura un círculo vicioso que golpea fundamentalmente a la capacidad de mentalización. Los fenómenos clínicos del TP Borderline (especialmente inestabilidad afectiva, impulsividad y autolesiones) serían consecuencia de la ausencia de niveles más elevados, y jerárquicamente supraordinarios, de control de la actividad mental representados por la mentalización.

Este modelo es interesante, especialmente porque aporta una visión articulada y coherente de los fenómenos clínicos de la personalidad Borderline, con una hipótesis patogénica que identifica el nivel endofenotípico de relaciones de apego y las consecuencias de su disfuncionalidad sobre las funciones psicobiológicas. Un aspecto problemático es, sin embargo, la tendencia a aportar explicaciones de la patología Borderline en “sentido único”, centrada en un concepto del trauma psíquico que parece basarse siempre en la ausencia de receptividad del entorno. Desde el momento que las historias de vida de los sujetos Borderline no están siempre ligadas a hechos traumáticos, es lógico barajar dos hipótesis: el trauma existe, pero inadvertido, o bien, el futuro Borderline nace con una predisposición de base biológica, por lo tanto temperamental, que le hace mucho más **vulnerable**. A este respecto, los datos de numerosos estudios, entre los cuales figura el ya citado de Andrea Fossati, han permitido construir un modelo que no niega la importancia del apego, pero que a la vez intenta dar cuenta sobre cómo la reacción al evento traumático puede seguir por otros caminos. En esta lógica se ve la interacción circular entre ambiente y biología, de manera no lineal y multifactorial, que se contrapone al determinismo lineal del desarrollo evolutivo (Maffei, 2002; 2005b).

En esta dirección parece prometedor y estimulante el ámbito de investigación sobre la capacidad de “leer” las emociones a partir de expresiones del rostro del otro. Fundamentalmente porque se trata de registros universales de comportamiento humano, fundados en la biología del “cerebro social”, que intentan sortear el obstáculo de los variados comportamientos mediados por la cultura. Meyer y colaboradores (2004) han relacionado las características del TP Borderline, el estilo de apego ansioso y la tendencia a interpretar expresiones neutras del rostro como poco amigables o rechazantes, con análogos resultados para el TP Evitativo. Estudiando directamente la población infantil escolar se ha visto que la capacidad de discriminar expresiones emotivas del rostro de otros niños se asocia con el grado de timidez, y que particularmente las expresiones agresivas suelen “distorsionarse” y son percibidas como disgusto (Battaglia *et al.*, 2004). Un ulterior estudio ha puesto en evidencia

una asociación entre elevados niveles de timidez, elaboración neurofisiológica de los estímulos y características del gen promotor del transporte de la serotonina (Battaglia *et al.*, 2005).

Neuropsicología

En los últimos años ha crecido el interés por la neuropsicología de los sujetos con TP Borderline, en parte gracias al incremento de los estudios con neuroimagen cerebral, especialmente de tipo funcional, que han puesto en evidencia disfunciones durante las pruebas. Este ámbito de interés es reconducible al área conceptual de las características endofenotípicas del trastorno, particularmente la hipótesis de una alteración en las funciones ejecutivas de base y en la memoria. Por una parte, el desarrollo de las funciones ejecutivas está íntimamente conectado al desarrollo personalógico y emocional, y por otra, las funciones inhibitorias influyen en la evolución del comportamiento pro-social, regulación afectiva y resolución de problemas (Derryberry y Reed, 1994; Posner y Rothbart, 2000). En otras palabras, si muchos aspectos clínicos del trastorno parecen relacionados con la baja regulación (de afectos, de impulsos y de relaciones interpersonales), la presencia de problemas a nivel de las funciones de control y autoregulación parecen una vía prometedora para investigar. Como ya se ha dicho, la hipótesis patogénica de Fonagy y Bateman, centrada en las relaciones de apego traumáticas, constituye un óptimo ejemplo de relación entre teoría clínica, fenomenología clínica, funciones mentales y funciones cerebrales. Es particularmente prometedora la relación entre funciones ejecutivas y corteza prefrontal.

Para estudiar profundamente la literatura actualizada se recomienda la revisión de Fertuck *et al.* (2006) y el metaanálisis de Ruocco (2005). A continuación se comentan los datos más sobresalientes de los estudios más recientes y significativos. Tienen una alta fiabilidad diagnóstica, pues han sido hechos con muestras de sujetos diagnosticados con métodos estandarizados, según los criterios del DSM.

- Funciones operativas

Control de las **interferencias cognitivas**. Posner *et al.* (2000), a partir de la hipótesis de que los sujetos Borderline se caracterizarían por elevados niveles de afectividad negativa (ira y miedo), han definido el *effortful control* (control sostenido de atención), de base temperamental, del cual dependen características clínicas como el escaso control emocional y conductual, de las que derivan las dificultades en las relaciones interpersonales. En el estudio utilizaron el *Attention Network Task* (ANT), que evalúa tres funciones de atención independientes (mantener una alerta atenta prolongada en el tiempo, identificar un estímulo sensorial y focalizar la atención en él, y tomar decisiones respecto a estímulos contrastantes sobre la base de reagrupación en un objetivo). Una muestra de 30 sujetos Borderline ha mostrado un funcionamiento inferior al del grupo control, y un grupo de sujetos control seleccionado por sus rasgos temperamentales semejantes al de la muestra de Borderline, pero sin sus características clínicas, ha obtenido resultados mejores que el de los Borderline en la tercera función (tomar decisiones ante estímulos contrastantes).

Inhibición cognitiva. Cloitre y colaboradores (1996) han comparado a 48 sujetos con TP Borderline según el DSM-III-R, de los cuales la mitad había sufrido abusos sexuales en la infancia, con un grupo control de sujetos sanos. La inhibición cognitiva consiste en la capacidad de anular información de la memoria de trabajo. Primero presentaron una serie de estímulos verbales invitando a olvidar algunos. A continuación, en un test de repetición, se invita al sujeto a recordar el mayor número

de palabras, independientemente de las instrucciones iniciales. Las palabras utilizadas han sido de valencia emocional positiva, negativa y neutra. Los sujetos con abuso sexual infantil han mostrado mejor capacidad para recordar palabras neutras que los sujetos Borderline sin abuso sexual infantil y que la muestra control, y el número de palabras neutras recordadas correlacionó positivamente con la presencia de experiencias disociativas. Esto ha sido interpretado como la capacidad de apartar la atención de estímulos emocionalmente negativos y de mantener una ligazón, si bien disociada, con contenidos mentales tolerables. Al mismo tiempo, los Borderline con abuso sexual infantil han sido más capaces de olvidar palabras con valencia emocional negativa. Este resultado no aclara si la capacidad está relacionada con el TP Borderline o con la experiencia traumática por sí misma.

En un estudio con metodología semejante (Korfine e Hooley, 2000), agregando términos a los que los sujetos Borderline deberían ser particularmente sensibles (abandono, rechazo, crueldad, etc), se ha puesto en evidencia que el grupo de 45 sujetos Borderline recordó las palabras “sensibles” (pese a que se les pidió que las olvidaran) de manera significativamente mayor que el grupo control. Este dato mostraría una incapacidad de inhibir contenidos, especialmente los emotivos.

Estos resultados son congruentes con los obtenidos por Arntz y colaboradores (2000) utilizando el *Emotional Stroop Test* en una muestra de 15 sujetos Borderline comparados con sujetos con TP del *Cluster C* y con sujetos sanos. El test consistía en presentar cuatro clases de palabras negativas, de las cuales tres eran significativas para los Borderline. Las palabras se presentaban en dos niveles: supraliminal (percibidas por la conciencia), y subliminal (no perceptibles por la conciencia). Ambos grupos tuvieron dificultades para procesar los estímulos supraliminales, pero no los subliminales. Los resultados indican una dificultad para controlar la interferencia emocional, aunque no se discriminaron los Borderline de otros TP.

Inhibición conductual. Una muestra de 24 sujetos Borderline mostró más dificultades que la muestra de sujetos sanos para la planificación cognitiva en la función del *set-shifting* del WCST (*Wisconsin Card Sorting Test*, Lenzenweger *et al.*, 2004). La misma muestra no ha mostrado diferencias respecto al grupo control en pruebas de memoria espacial y atención sostenida. 22 sujetos de la misma muestra obtuvieron baja puntuación tanto con el ANT como con WCST. El número de criterios para TP Borderline correlacionó con una disminución de la capacidad atenta del ANT, de manera independiente de la edad y del tratamiento farmacológico (Fertuck *et al.*, 2005).

Inhibición cognitiva motivacional. Esta función ha sido investigada en cuatro estudios. El primero (Dougherty *et al.*, 1999) ha comparado a 14 mujeres hospitalizadas con TP Borderline con un grupo de sujetos sanos, seleccionados por edad, nivel educativo y mediciones en impulsividad y agresividad. Se utilizó el IT (*Impulsivity Task*), que consiste en ofrecer al probando elegir entre una ganancia monetaria inmediata o una ganancia mayor, pero mediata: los sujetos Borderline han mostrado diferencias parciales respecto al grupo control, tendiendo a evitar elecciones que implicaran la espera.

Utilizando el *Passive-Avoidance Task*, en el cual el probando debe aprender por ensayo y error a elaborar respuestas correctas para obtener una gratificación económica, Hochhausen y colaboradores (2002) han comparado una muestra de 39 mujeres Borderline encarceladas y una muestra de mujeres encarceladas, pero no Borderline. Los sujetos Borderline cometieron más errores en las respuestas, tanto a los estímulos “no ganadores” como a los “ganadores”. Esto ha sido interpretado como

incapacidad de evitar la frustración: las mujeres psicópatas, pero no Borderline, fueron capaces de aprender las respuestas ajustadas a los estímulos ganadores.

Utilizando un procedimiento *Go-no Go* (*Avanzar-No avanzar*), que implica la capacidad de decidir si responder o no a un estímulo en relación a un premio o a un castigo, Leyton y colaboradores (2001) han comparado a 13 sujetos Borderline sin tratamiento farmacológico con una muestra de sujetos sanos. Los resultados mostraron una incapacidad en los Borderline para aprender a controlar las respuestas que generaban castigo. También se evidenció una correlación con la producción de serotonina.

Por último, mediante un procedimiento de *decision making* (toma de decisiones) que implica la capacidad de aprender a ganar eligiendo en apuestas binarias (acierto-error), Bazanis y colaboradores (2002) han comparado a 42 sujetos Borderline con una muestra de sujetos sanos. Los resultados muestran que los TP Borderline fueron significativamente inferiores a los controles para individualizar las elecciones ganadoras.

Inhibición afectivo-cognitiva. Ya se ha descrito el estudio de Arntz y colaboradores (2000), basado en el uso del Emotional Stroop Test.

- Memoria

Memoria autobiográfica-episódica. Utilizando el AMT (*Autobiographical Memory Test*), que requiere que los sujetos respondan a palabras clave con recuerdos específicos (episodios sucedidos en un momento temporal preciso) o generales (episodios ocurridos repetidamente a lo largo del tiempo), Heard y colaboradores (1999) han comparado una muestra de 23 Borderline con una muestra de sujetos sanos. Los resultados mostraron que los Borderline tenían una mayor tendencia a contestar con episodios generales y con una asociación significativa con síntomas disociativos. Una limitación de este estudio consiste en no haber explorado la historia traumática del grupo control. Startup y colaboradores (2001) han aplicado la misma metodología que el estudio anterior a 23 sujetos Borderline con historia de parasuicidio repetido: el recuerdo de episodios específicos correlacionó con parasuicidios, ansiedad y depresión. Finalmente, Arntz y colaboradores (2002) han encontrado que los Borderline no muestran una prevalencia de recuerdos genéricos si la palabra estímulo es emocionalmente neutra.

Estos estudios permiten extraer una serie de conclusiones transitorias o preliminares, puesto que ninguno ha sido replicado hasta la fecha. Un aspecto metodológico importante exige finalizar de manera precisa la hipótesis de investigación respecto a los objetivos más generales. De hecho, frente a resultados interesantes en las áreas exploradas, un intento de valoración neuropsicológica de amplio espectro, para individualizar daños en las funciones de los lóbulos frontales ha dado escasos resultados, permitiendo individualizar sólo algunas interferencias debidas a la impulsividad (Kunert e coll., 2003).

Sin embargo, hay elementos que sugieren que los sujetos Borderline tienen una limitación en las funciones ejecutivas, independientemente de las influencias emocionales. En segundo lugar, hay una reducción de la capacidad de control inhibitorio en la exposición a estímulos de valencia emocional negativa, y una tendencia a no saber seleccionar de manera ventajosa los estímulos positivos. En

tercer lugar la memoria de los Borderline tiende a privilegiar los recuerdos genéricos, mientras que la reactivación de recuerdos específicos parece correlacionar con el parasuicidio.

Neuroimagen cerebral y neurofisiología

Junto a las investigaciones con metodología de impronta neuropsicológica, en los últimos años comenzaron a publicarse datos sobre el funcionamiento cerebral del Borderline, especialmente a partir del desarrollo de tecnologías de neuroimagen cerebral. Hasta la fecha hay pocos estudios, pero han suscitado un elevado interés dentro del ámbito conceptual del endofenotipo, por poder “tener una visión” directa de las bases neuroanatómicas y funcionales, especialmente aquellas relacionadas con los problemas de afectividad e impulsividad, y obviamente con los fallos en las funciones operativas. La atención de los investigadores se ha centrado sobretodo en las regiones cerebrales de control y regulación, especialmente el sistema límbico y la corteza prefrontal. A continuación se hará una breve revisión de la literatura disponible, dividida por áreas y metodología de investigación, para luego hacer algunas consideraciones finales.

- Estudios volumétricos

La evaluación dimensional de las estructuras cerebrales representa la metodología más clásica y consolidada. Dentro de los estudios con metodología moderna, el primer estudio sobre volumen del hipocampo y de la amígdala (Driessen *et al.*, 2000) sugiere una reducción del 16% y del 8% respectivamente en una muestra de mujeres Borderline, en comparación con un grupo de sujetos normales. La hipótesis de trabajo de la investigación se basaba en los efectos vistos en animales expuestos a estrés y en humanos con TEPT, en los cuales se había verificado una reducción importante del volumen del hipocampo y la amígdala. En este estudio, el intento de correlacionar la reducción de volumen con experiencias traumáticas no ha dado resultados suficientemente claros. Otra investigación sobre las mismas estructuras cerebrales (Tebarzt van Elst *et al.*, 2003) ha puesto en evidencia una reducción más consistente de ambas regiones (20,5% en hipocampo y 24% en amígdala) en una muestra de ocho mujeres Borderline comparadas con sujetos normales. También se verificó una consistente reducción del volumen de la corteza orbitofrontal y de la corteza del cíngulo anterior derecho. La investigación partió de la hipótesis de una conexión entre sufrimiento de la corteza orbitofrontal y conductas impulsivas y agresivas, insistiendo en la necesidad de investigar en otras regiones cerebrales. Resultados análogos sobre el hipocampo (reducción del 13%) y la amígdala (reducción del 21%) han sido obtenidos en una muestra de 10 mujeres Borderline (Schmahl *et al.*, 2003a). En una muestra de 10 sujetos Borderline no tratados farmacológicamente comparados con una muestras de sujetos sanos (Brambilla *et al.*, 2004) se encontró una reducción significativa del hipocampo, más marcada en quienes habían sufrido abusos en la infancia y un significativo aumento del volumen del putamen en quienes habían utilizado sustancias, sin encontrarse diferencias significativas en amígdala, caudado, lóbulos temporales, corteza prefrontal dorsolateral ni volumen cerebral global. Utilizando una técnica morfométrica, Ruesch *et al.* (2003) han encontrado una reducción volumétrica de la sustancia gris de la amígdala izquierda en 20 mujeres Borderline comparadas con sujetos sanos, sin modificaciones en otras regiones cerebrales. Se observó aumento de volumen de la amígdala en un subgrupo de sujetos Borderline con diagnóstico de depresión mayor (Zetsche, 2006). Finalmente, Tebarzt van Elst y colaboradores (2007), aplicando conjuntamente una técnica morfométrica y espectroscópica en la amígdala izquierda de 12 sujetos Borderline comparados con sujetos sanos, han confirmado

una reducción de volumen del 11% al 17%, acompañada de una significativa reducción de la concentración de creatinina. La reducción de creatinina correlaciona positivamente con síntomas de ansiedad y negativamente con el volumen de la amígdala. Siendo el metabolismo de la creatinina un indicador del nivel energético del funcionamiento cerebral, estos datos sugieren que la amígdala de estos pacientes no solamente se reduce de tamaño sino también de función.

- Estudio del metabolismo cerebral en condiciones de reposo mediante el PET

Partiendo de la hipótesis de una relación entre hipoperfusión y menor captación de glucosa en la corteza prefrontal en sujetos particularmente agresivos (asesinos y criminales), y controlando que esta característica no tuviera relación con perfiles diagnósticos, pero sí con la impulsividad y la agresividad, Soloff *et al.* (2003) han estudiado a 13 mujeres impulsivas comparadas con sujetos sanos. Se evidenció menor captación de glucosa en la corteza orbitofrontal medial bilateral en los sujetos Borderline, pero sin una significativa asociación con las medidas de impulsividad y agresividad. En una muestra de 12 mujeres Borderline sin tratamiento farmacológico, Juengling *et al.* (2003) encontraron una mayor captación en varias áreas de la corteza prefrontal y una menor captación en hipocampo. Los autores compararon los datos con los del estudio anterior (con menor captación en corteza prefrontal) y sugirieron la existencia de dos subtipos diferentes de Borderline: uno más impulsivo y otro más ansioso. Irle *et al.* (2005) han comparado la resonancia magnética estructural de 30 mujeres Borderline con historia infantil traumática y un grupo control de población sana, encontrando reducciones volumétricas del 11% en corteza parietal derecha y del 17% en hipocampo.

- Neuroimagen del sistema serotoninérgico

La impulsividad y la agresividad patológicas son características importantes del TP Borderline, cuyo sustrato neurobiológico más tenido en cuenta ha sido el serotoninérgico. Aun no está claro cuáles son las estructuras conectadas a la disregulación de este sistema. La corteza orbitofrontal y la parte anterior del cíngulo han sido implicadas en la inhibición de la agresividad. La región anterior del cíngulo ha sido identificada como determinante en el control de las interferencias cognitivas (Botwinick *et al.*, 2001). Utilizando el PET tras la administración de *meta*-clorofenilpiperazina (*m*-cpp), agonista serotoninérgico, New *et al.* (2002) han comparado a 12 sujetos Borderline con impulsividad y agresividad graves, con sujetos normales. Los Borderline, a diferencia de los sanos, no han mostrado activación de la corteza orbital anteromedial izquierda ni en la corteza anterior del cíngulo, y mostraron activación de la parte posterior de la corteza del cíngulo. En un segundo estudio sobre 27 Borderline impulsivos y agresivos comparados con sujetos normales (New *et al.*, 2003) observaron que los hombres Borderline físicamente agresivos presentaban una reducción, durante la actividad basal, de la actividad de la corteza prefrontal y del cíngulo, en comparación con hombres verbalmente agresivos y sujetos control. Bajo el efecto del *m*-cpp sólo los Borderline masculinos mostraron una significativa reducción en la actividad de las estructuras cerebrales citadas. La administración de un fármaco inhibidor de la recaptación de la serotonina (fluoxetina) ha mostrado una normalización de la actividad de la corteza prefrontal en Borderline agresivos (New *et al.*, 2004), sugiriendo que tal vez el rol de la corteza prefrontal en la regulación de la agresividad tenga diferencias de género. Utilizando otra técnica de evaluación del funcionamiento del sistema serotoninérgico, con bloqueadores de precursores de la síntesis de serotonina, Leyton *et al.* (2001) han estudiado a 13 sujetos Borderline de ambos sexos comparándolos con un grupo de sujetos

sanos. Los Borderline masculinos mostraron una clara disfunción en áreas de la corteza prefrontal, cíngulo y cuerpo estriado, mientras que las mujeres mostraron efectos menos evidentes. En ambos sexos se observaron correlaciones con las medidas de impulsividad.

- Neuroimagen funcional con estimulación sensorial, emocional y estresante

Estos estudios partieron del siguiente presupuesto: los sujetos Borderline han sido víctimas, especialmente durante la infancia, de eventos traumáticos, y esto tiene que ver con la baja regulación afectiva e impulsividad. Herpertz *et al.* (2001) han comparado a 6 mujeres Borderline con otras seis de control, en un estudio de resonancia magnética funcional durante la presentación de figuras con significado emocional negativo mezcladas con figuras neutras. Las mujeres Borderline mostraron más activación bilateral de la amígdala y de la corteza prefrontal medial e infero-lateral. Los autores sugieren que los Borderline tienen una activación emocional excesiva aun en presencia de estímulos poco intensos y que por ello la corteza es constantemente activada por la amígdala respecto a estímulos emocionalmente significativos del ambiente. Utilizando un paradigma estandarizado de presentación de expresiones faciales emotivamente caracterizadas, Donegan *et al.* (2003) estudiaron a sujetos Borderline con y sin TEPT. Los primeros mostraron una hiperreactividad de la amígdala izquierda, y los segundos una hiperreactividad bilateral. Ante la presentación de rostros asustados se observó una desactivación de la corteza del cíngulo en ambos grupos, mientras que la corteza prefrontal mostró el patrón opuesto. Estudiando a 20 mujeres con historia de abuso sexual y físico en la infancia, Schmahl *et al.* (2004a) han medido el flujo sanguíneo cerebral con PET durante la escucha del relato de eventos traumáticos y de eventos neutros. Los sujetos sin TP Borderline, durante el relato de eventos traumáticos mostraron mayor flujo en corteza prefrontal dorsolateral derecha y disminución en la izquierda, aumento de flujo en el cíngulo anterior derecho y en la corteza orbitofrontal izquierda. Las mujeres con TP Borderline no presentaban estas respuestas. Con metodología análoga se indagaron las reacciones a relatos autobiográficos de abandono (Schmahl *et al.*, 2003b) observándose mayor perfusión en corteza prefrontal dorsolateral bilateral y disminución en el cíngulo anterior derecho, en mujeres con TP Borderline comparadas con mujeres sanas. El problema de la relación entre trauma infantil, TP Borderline y TEPT ya ha sido comentado respecto a un estudio que ha evaluado a 12 mujeres Borderline víctimas de traumas, de las cuales seis tenían además TEPT. Durante la resonancia se les comunicaban palabras claves personalizadas de dos tipos, referidas a episodios traumáticos, y referidas a episodios problemáticos pero no traumáticos. Todos los sujetos mostraron activación de la corteza orbitofrontal bilateral, de la región anterior de los lóbulos temporales y de los occipitales. En el grupo sin TEPT prevaleció activación de la corteza orbitofrontal bilateral y del área de Broca. En el grupo con TEPT se observó mayor activación en lóbulo temporal derecho, amígdala, gyrus cínguli posterior y cerebelo. Los autores atribuyen las diferencias en la activación a la presencia o ausencia del TEPT. Partiendo de la hipótesis de que los sujetos Borderline quedan enredados en eventos existenciales negativos que no se resuelven, Beblo *et al.* (2006) han sometido a resonancia magnética funcional a 21 mujeres Borderline y a una muestra control, mientras se les presentaban palabras clave relacionadas con eventos autobiográficos. Los sujetos Borderline mostraron una activación bilateral significativa respecto al grupo control, en las áreas frontotemporales, incluyendo ínsula, amígdala, corteza anterior del cíngulo y corteza posterior del cíngulo izquierdo, ante sentimientos subjetivos de ansiedad y desesperación causados por las palabras clave problemáticas.

- Estudios neurofisiológicos y otros estudios

Muchos estudios se han centrado en valorar la disfunción de la corteza frontal en el Borderline y, por otra parte, se ha visto que los individuos con lesiones en la misma tienden a mostrar síntomas semejantes a los de la patología Borderline, especialmente la ausencia de control conductual y afectivo. Berlin *et al.* (2005) han administrado una serie de tests a 19 sujetos Borderline, a sujetos con lesiones orbitofrontales, a sujetos con lesiones frontales (con prefrontal sin lesión) y a sujetos sanos. Los sujetos con lesiones orbitofrontales han obtenido resultados semejantes a los de los Borderline en las medidas de impulsividad e ira, pero diferentes en las medidas emotivo-afectivas. La impulsividad en los Borderline ha sido estudiada mediante la ERN (Negatividad Relacionada con el Error, *Error Related Negativity*), un componente de potenciales evocados generado por la corteza del cíngulo anterior tras emitir respuestas erróneas. Comparando una muestra de 12 sujetos Borderline con sujetos sanos, en un test de elección rápida ante dos opciones, se observó que la ERN tenía menor amplitud en los Borderline (de Brujin *et al.*, 2006) y que sus respuestas eran más impulsivas y con mayor número de errores. En concreto, los Borderline difieren de los sanos en la ausencia de control de la propia conducta tras los errores, que a la vez no se corrigen. Esto les llevó a proponer que los fenómenos clínicos del Borderline puedan deberse a una pobre integración entre las redes cerebrales frontales y las áreas posteriores. Williams *et al.* (2006) han comparado una muestra de 15 Borderline sin tratamiento farmacológico con una muestra de sujetos sanos ante un test de discriminación entre estímulos auditivos significativos y no significativos, midiendo la sincronización de las respuestas neurofisiológicas inmediatas (de delante hacia atrás) y mediatas (de izquierda a derecha). En respuesta a los estímulos significativos, los Borderline mostraron un retraso significativo en la sincronización inmediata posterior y una reducción en la sincronización tardía del hemisferio derecho.

Un aspecto poco investigado hasta la fecha, es la aparente analgesia ante los estímulos dolorosos que suele acompañar a actos de automutilación. Hay un estudio sobre 10 mujeres Borderline sin tratamiento farmacológico (Schmahl *et al.*, 2004), que utilizó potenciales evocados láser, estímulos térmicos y medidas psicofisiológicas para diferenciar los factores que llevan a este estado. Las mujeres Borderline tienen un umbral de dolor más elevado y una menor percepción subjetiva del mismo. Los resultados permiten sugerir que la analgesia pueda deberse a un problema de procesamiento intracortical de los estímulos dolorosos, de manera semejante a lo que sucede en estados de meditación profunda.

En la tabla 20 se resumen los datos principales extraídos de neuroimagen de los artículos citados, agregando las observaciones de Schmahl y Bremner (2006) y de Lis *et al.* (2007), que han hecho revisiones exhaustivas.

Tabla 20. Resumen de resultados de estudios de neuroimagen en el TP Borderline

Hipocampo	Reducción de volumen; Reducción de metabolismo
Amígdala	Reducción de volumen; Mayor activación con estímulos afectivos
Corteza anterior del cíngulo	Reducción de volumen (derecha) y metabolismo (ambas); Desactivación ante expresiones de miedo; No activación ante relatos traumáticos; Baja activación ante estímulos dolorosos; Desactivación con m-cpp; Respuesta atenuada a la fenfluramina; Reducción del trapping con (11) Cmetil-L-triptofano
Corteza pre-frontal orbital y medial	Reducción de volumen (izquierdo) y metabolismo (ambas); No activación ante relatos traumáticos; Respuesta atenuada a la fenfluramina; Reducción trapping ante el (11)Cmetil-L-triptofano
Corteza prefrontal dorsolateral	Reducción-aumento de metabolismo; Activación izquierda con estímulos dolorosos; Menor respuesta a la fenfluramina; No respuesta a relatos traumáticos

- Conclusiones: funciones ejecutivas

El concepto de función ejecutiva se refiere a las operaciones mentales que el sujeto cumple en función de la autoregulación (Barkley, 1997). En el intervalo entre un estímulo y la respuesta conductual, sólo si se inhibe la respuesta inmediata se pueden activar las operaciones que constituyen las funciones ejecutivas. La inhibición de la respuesta consta de tres procesos relacionados entre sí: (1) inhibición de la respuesta inmediata y automática; (2) activación de la respuesta en curso (ongoing); y (3) protección ante estímulos de interferencia (externa e interna) durante el intervalo de tiempo necesario para que se realicen los dos componentes previos. La inhibición de la respuesta es fundamental para crear una fase temporal libre de interferencias que permita la autorregulación gobernada por las funciones ejecutivas. Al mismo tiempo el concepto de autoregulación implica la puesta en acto de comportamientos acabados de adaptación al entorno cuyo efecto sea lo más ventajoso posible para el sujeto. Obviamente no todos los eventos activan la cadena de sucesos descrita. La inhibición de la respuesta y la activación de las funciones ejecutivas que garantizan la autoregulación es activada por eventos o situaciones que implican una necesidad de retrasar la respuesta, una discrepancia, o un conflicto entre una respuesta inmediata y una retrasada, la necesidad de generar nuevas respuestas que el sujeto no tienen en su repertorio, por ejemplo, situaciones complejas o problemáticas. Situaciones de ese calibre determinan la activación de fuentes alternativas y contrastadas, de control del comportamiento. Por ejemplo la relación entre los componentes de jerarquías internas, así como la relación entre ellas y las reglas conductuales impuestas por el entorno. No es este el sitio para profundizar sobre las funciones ejecutivas, pero cabe aclarar que hay varias teorías vigentes, entre las cuales la de Bronowsky (1977) parece particularmente interesante: fundamenta el concepto de función ejecutiva en la peculiaridad del lenguaje humano, que no sólo comunica contenidos, sino que también evoca, pone en acción o verifica planes de acción. Bronowsky sostiene que la capacidad de inhibir la acción ha sido importante para el desarrollo del lenguaje humano y para activar cuatro funciones (ejecutivas): “prolongación”, “separación de afectos”, “internalización” y “reconstitución”.

La prolongación es la capacidad de tomar en cuenta el pasado y el futuro y de comunicarse en función de acciones futuras. Esta capacidad permite salirse de la inmediatez del presente, comparar los contenidos mentales del presente con los del pasado y planificar las acciones del futuro sobre la

base de las dos operaciones previas. Siendo una operación mental, puede activarse sin necesidad de estímulos concretos, creando situaciones hipotéticas e imaginando diversas estrategias conductuales y alternativas entre comportamientos. Según Bronowsky esta capacidad está íntimamente ligada con la imaginación y con la percepción del tiempo.

La separación de afectos implica la capacidad de desvincular un contenido mental de su componente afectivo, evitando así el riesgo de poner en acto respuestas automáticas más conectadas con la valencia afectiva que con el contenido real del mensaje. Como ya es sabido, un mismo mensaje puede ser vehiculizado por componentes afectivos totalmente diferenciados, generando respuestas diversas, o incluso opuestas. Una frase amigable, dicha en tono irónico puede resultar ofensiva, y la valoración del contenido puro y de su componente afectivo, en función de la respuesta a emitir, puede efectuarse si el contenido y el afecto relacionado se dan por separado.

La internalización se refiere al “diálogo interno” entre diferentes perspectivas en función de la emisión de la respuesta conductual. Esta fase (de elaboración) puede ser vista desde una perspectiva biológica (paso del estímulo a través de varias estructuras interactivas) o mental (activación interna del lenguaje, que en vez de desempeñarse con términos comunicativos con el exterior, se utiliza para una valoración interna de diferentes hipótesis alternativas, en función de diferentes estilos conductuales posibles).

La reconstitución estaría compuesta de una fase analítica, que permite la descomposición de eventos y mensajes en su unidad constitutiva, y una fase sintética, que utiliza las partes para generar mensajes y respuestas nuevos.

Estas funciones permitirían a los humanos recibir *input* y generar *output* no previsible ni repetitivos, y por lo tanto, creativos, en cuanto hacer aparecer algo que antes no era. En el mundo físico, si se deja caer libremente un objeto, este cae previsiblemente, pero en el mundo mental, el objeto puede tomar diversas direcciones, entre las cuales está la de transformarse en algo que antes no era. Finalmente, cabe recordar que la teoría del lenguaje de Bronowsky, de la que se ha derivado esta descripción de funciones mentales, llegó a describir un cuadro equivalente al de las funciones de los lóbulos prefrontales (Fuster, 1989, 1995).

III. Diagnóstico dimensional

Diagnóstico dimensional y patología de la personalidad

El diagnóstico dimensional postula que las diferencias entre salud y patología son de naturaleza cuantitativa, por lo que ambas condiciones forman un continuo. En la figura I se muestra la distribución de una medida en la población general. Un ejemplo es la temperatura corporal humana, en la que se representan dos valores extremos normales, uno máximo y otro mínimo, que pueden ser medidos de manera fiable. La distribución de valores entre ambos extremos es una curva de Gauss, en cuyo centro se encontrará la mayor parte de la población. Si se acepta que la temperatura corporal de la mayor parte de la población gira alrededor de los 36,5 grados centígrados, medio grado por encima o por debajo de la media, se podría afirmar que “la media” de los seres humanos está comprendida entre 36,0 y 37,0 grados centígrados. Los sujetos con temperaturas inferiores o superiores a este **rango**, serán considerados extremos, o “fuera de la norma”, lo cual no implica necesariamente patología, pues sólo se refiere a una distribución estadística. Pero, si se demostrara que una temperatura superior a 37° se asocia a fenómenos físicos disfuncionales (enrojecimiento de la faringe, rinorrea, cefalea y postración), entonces podría relacionarse la elevada temperatura con un estado patológico. De hecho, es denominada fiebre y, si se asocia a los síntomas descritos, puede ser un indicador de gripe o influenza. En definitiva, es probable que los valores que están fuera de la norma de la temperatura corporal sean significativos, especialmente si se asocian a fenómenos físicos que también están fuera de la norma, y que todo el conjunto sea considerado un síndrome patológico. Según esta conceptualización, el límite entre la normalidad y la patología es convencional, definido por valores comprendidos en un umbral dentro de un continuo cuantitativo distribuido entre el mínimo y el máximo. Este modelo es aplicable a muchas medidas en el ámbito médico, como la glucemia y la tensión arterial, y es evidente que este tipo de dimensiones mensurables abundan en el mundo biológico.

Aplicado a la patología de la personalidad, este modelo plantea una hipótesis muy simple: lo patológico se distribuye en un continuo cuantitativo con lo sano. Por lo tanto, desde el punto de vista dimensional, cualquier medida de la personalidad puede ser considerada de manera análoga a la temperatura corporal. La diferencia entre la conceptualización diagnóstica categorial y dimensional es evidente. La primera postula diferencias cualitativas, mientras que la segunda postula diferencias cuantitativas. En la figura 2 se muestra la población distribuida según un diagnóstico categorial, formando dos curvas independientes (sanos y enfermos). Recordemos que el diagnóstico dimensional recoge a toda la población en una sola curva, en cuyos extremos se encontraría la población enferma.

Figura 1. Diagnóstico dimensional

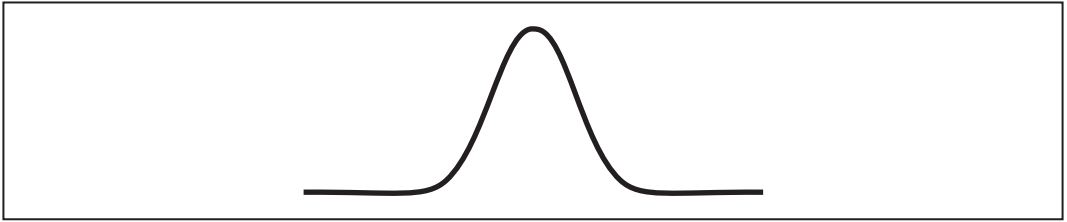
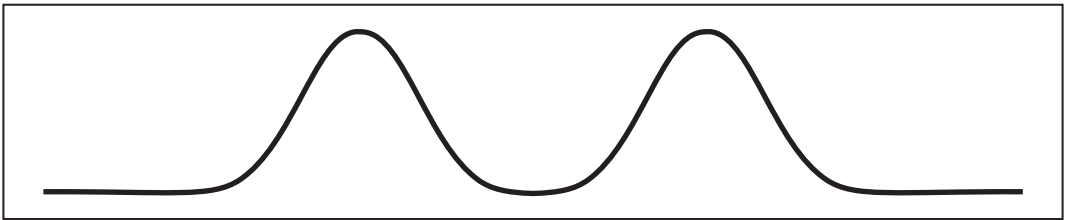


Figura 2. Diagnóstico categorial



Esta simple descripción puede llevar a suponer que ambas aproximaciones son realmente antitéticas, pero no es así. En primer lugar, porque el diagnóstico dimensional permite identificar categorías delimitadas por puntos de corte, cuya superación implica patología, tal como hemos explicado respecto a la temperatura corporal y la fiebre. En segundo lugar, porque las categorías se construyen fundamentalmente mediante la identificación de dimensiones. Si se revisan los criterios diagnósticos DSM del TP Borderline se hace evidente que cada uno de los criterios puede ser descrito en términos dimensionales: alteraciones de identidad, problemas interpersonales e impulsividad representan cantidades mensurables en un continuo. Por ejemplo, se puede medir la impulsividad con la **BIS.11** (Escala de Barratt, *Barrat Impulsivity Scale*), distribuyendo a cada individuo según un continuo de Gauss. Por lo tanto, pese a que los criterios diagnósticos que conforman un trastorno son categoriales, pueden ser descritos en términos dimensionales. Si se definiera cuánto contribuye un conjunto de dimensiones, mejor dicho, los valores cuantitativos de esas dimensiones, a diferenciar cualitativamente unos sujetos de otros, la aparente oposición entre ambas posiciones desaparecería.

Pasando a un ejemplo más general, si tomamos en cuenta dimensiones como nivel socioeconómico, constitución física e inteligencia, es posible identificar dos extremos. El primero representa a sujetos con alto nivel socioeconómico, constitución física normal e inteligencia superior a la media, mientras que el segundo está compuesto por sujetos con nivel socioeconómico bajo, constitución física deforme e inteligencia inferior a la media. Si se evalúan parámetros como calidad de vida, relaciones afectivas e ingresos anuales, será posible decir que los individuos de ambos extremos del continuo se diferencian cualitativamente más que cuantitativamente. El pintor francés Toulouse-Lautrec tenía una deformidad física, secuela de una grave caída de un caballo en la infancia, pero era de familia noble y tenía un talento artístico extraordinario. Sus cuadros están en los mejores museos y su fama es indiscutida. ¿Qué podríamos decir de la vida de un joven con deformidades físicas, pobre y poco inteligente? La diferencia entre este caso y el del pintor ya no es cuantitativa sino cualitativa.

Aclarar cuáles son los criterios que diferencian *cualidad y cantidad*, en el caso de las patologías orgánicas es bastante sencillo: depende de la presencia o ausencia de ciertas características biológicas. Pero en la patología psíquica la cuestión es más compleja, puesto que es muy difícil encontrar características susceptibles de ser descritas de manera dicotómica (ausencia o presencia de la característica), y se hace más complejo si los criterios a utilizar para describir la realidad están cuestionados. El dilema ya no es tanto cuestionar si se describe la realidad sino qué criterios son indiscutibles para describirla. En otras palabras, si el criterio es la presencia o la ausencia de una característica biológica, por ejemplo células neoplásicas, estamos ante un criterio indiscutible y, por lo tanto, se hará una adecuada descripción de la realidad. Pero no es posible hablar de impulsividad o de oscilaciones del humor en términos de presencia o ausencia, puesto que éstos están presentes en todos los humanos. Es cierto que es posible medir y señalar extremos pero es poco claro cómo dar el salto a la diferenciación cualitativa, puesto que los principios que la describen no tienen garantía de validez cualitativa. Resumiendo, a la hora de tomar partido a favor de una u otra posición (categorial-dimensional) debemos tener mucha cautela. Es una cuestión que debe ser ponderada desde el punto de vista científico y epistemológico, pero nunca emocionalmente.

Una serie de razonamientos comunes y muy utilizados complican más aun la cuestión. El diagnóstico cualitativo (categorial) es extremadamente simple gracias a su estructura dicotómica, y tiene una gran ventaja a la hora de tomar decisiones de tratamiento. Además facilita la comunicación entre profesionales, puesto que con un solo término (categoría a la que pertenece el sujeto) se definen muchos componentes del sujeto. Por ejemplo, si se considera al TP Borderline como una categoría pura, quien satisfaga los criterios será patológico y como tal debería someterse a tratamiento. Este es el modelo médico, basado en criterios nomotéticos, simplificadores y reduccionistas. Los diagnósticos categoriales son casi sinónimo de principios *nomotéticos*, puesto que tienden a agrupar a todos los individuos que poseen ciertas características en un único cluster, ignorando las diferencias individuales. Según los criterios nomotéticos, afirmar de un sujeto, a partir de la presencia de ciertos criterios, que es Borderline, implica que es patológico y que por lo tanto precisa tratamiento, de la misma manera que afirmar que un sujeto padece tuberculosis y que por lo tanto precisa tratamiento. Desde la perspectiva nomotética poco importan las diferencias individuales. Al colocar indiscriminadamente en el mismo recipiente a individuos diferentes porque cumplen con cierto número de criterios, se contraponen al principio *ideográfico*, que subraya las características individuales, y es el utilizado por el diagnóstico dimensional. Si es posible colocar a cada individuo en un punto preciso de una dimensión, se podrá afirmar que se está describiendo al sujeto del modo más preciso posible, diferenciándolo del resto de sujetos evaluados, que se colocan en puntos diferentes de la misma dimensión.

Pero en este punto se plantea el problema de la operatividad: el diagnóstico dimensional implica la necesidad de definir los puntos de corte a partir de los cuales un individuo es considerado patológico, caso contrario, la descripción individual corre el riesgo de transformarse en algo complejo y sólo comprensible para quien conozca profundamente las características del sistema diagnóstico utilizado. Afirmer que un sujeto es Borderline es más simple que describirlo respecto a una serie de dimensiones y puntuaciones de un instrumento, e implica compartir un modelo de referencia entre los que intercambian la información. Un aspecto para nada despreciable es que en el campo de la psicopatología de la personalidad los modelos dimensionales de la patología no son más que los modelos sobre los que se basa la descripción de la personalidad como tal en la población general.

Estos modelos utilizan instrumentos de medición creados a partir de teorías de la personalidad. Hoy todavía no hay pruebas científicamente fundadas que aseguren la validez de una teoría de la personalidad respecto a otras. Cada teoría tiene luces y sombras. Para elegir una teoría respecto a las demás sería necesario tener criterios científicos sobre los cuales basar la elección, y no criterios políticos ni económicos. A diferencia del DSM, que se define como ateórico, un diagnóstico dimensional de la personalidad está siempre fundado sobre teorías de la personalidad. A lo largo del capítulo se tomará en cuenta la situación actual y las perspectivas de futuro del problema.

Los defensores de una aproximación dimensional de la personalidad partieron de las incongruencias y limitaciones de los diagnósticos categoriales y sugirieron tomar la personalidad patológica como una variante disfuncional de la personalidad sana (Widiger y Sanderson, 1995; Livesley, 1998). Se han propuesto muchos modelos dimensionales, con diferentes niveles de abstracción y formalización. En algunos modelos la selección concreta de las dimensiones de la personalidad representa la operacionalización de principios teóricos, mientras que en otros casos la formulación teórica es escasa y prevalece la practicidad. Los modelos dimensionales propuestos como alternativa al DSM-IV son los siguientes (Widiger y Sanderson, 1995):

- **MCMI:** Inventario clínico multiaxial de Millon (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*, Millon, 1981)
- **IPC:** Circunflejo Interpersonal (*Interpersonal Circumplex*, Wiggins, 1982)
- **TCI:** Inventario de temperamento y carácter (*Temperament and Character Inventory*, Cloninger *et al.*, 1993, Cloninger, 1999)
- **SNAP:** Agenda para personalidad adaptativa y no adaptativa (*Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*, Clark, 1993)
- **FFM:** Modelo de los cinco factores (*Five-Factor Model*, Costa y McCrae, 1992)
- **DAPP-BQ:** Cuestionario básico de evaluación dimensional de la personalidad (*Dimensional Assessment of Personality Pathology Basic Questionnaire*, Livesley *et al.*, 1998)
- **SWAP-200:** Procedimiento de evaluación de Shedler y Westen (*Shedler-Westen Assessment Procedure*, Westen y Shedler, 1999a, 1999b)

En la tabla 1 se resumen las dimensiones que componen a algunos de estos instrumentos (SNAP, DAPP-BQ, TCI y FFM) en inglés para dar la posibilidad al lector de acceder por sí mismo al significado original dado por los autores, puesto que no es fácil encontrar traducciones con especificidad semántica. En la tabla 2 se resumen en español.

Tabla 1 Resumen de las dimensiones de 4 modelos dimensionales alternativos (Skodol *et al.*, 2002a, modificado)

TCI	SNAP	FFM	DAPP-BQ
Temperament		Neuroticism	Conduct problems
Novelty Seeking	Mistrust	Anxiousness	Diffidence
Exploratory excitability	Manipulation	Angry hostility	Identity problems
Impulsiveness	Aggression	Depressiveness	Insecure attachment
Extravagance	Self-harm	Self-consciousness	Intimacy problems
Disorderliness	Eccentric perceptions	Impulsiveness	Narcissism
Harm Avoidance	Dependency	Vulnerability	Suspiciousness
Anticipatory worry	Exhibitionism	Extraversion	Affective lability
Fear of uncertainty	Entitlement	Warmth	Passive opposition
Shyness	Detachment	Gregariousness	Cognitive distortion
Fatigability	Impulsivity	Assertiveness	Rejection
Reward Dependence	Propriety	Activity	Self-harm behaviours
Sentimentality	Workaholism	Excitement seeking	Restricted expression
Openness to experience		Positive emotion	Social avoidance
Attachment		Openness	Stimulus seeking
Dependence		Fantasy	Interpersonal disesteem
Persistence		Aesthetics	Anxiousness
Eagerness of effort		Feelings	Compulsivity
Work hardened		Actions	
Ambitious		Consciousness	
Perfectionist		Ideas	
Character		Values	
Self Directedness		Agreeableness	
Responsibility		Trust	
Purposefulness		Straightforwardness	
Resourcefulness		Altruism	
Self-Acceptance		Compliance	
Enlightened second nature		Modesty	
Cooperativeness		Tendermindedness	
Social Acceptance		Conscientiousness	
Empathy		Competence	
Helpfulness		Order	
Compassion		Dutifulness	
Pure-Heartedness		Achievement striving	
Self-Transcendence		Self-discipline	
Self-Forgetfulness		Deliberation	
Trans-identification			
Spiritual Acceptance			

Tabla 2. Resumen en español de las dimensiones de 4 modelos dimensionales alternativos (Skodol *et al.*, 2002a, modificado). N del T: en el DAPPBQ se han ordenado las facetas según los 4 dominios que describe Livesley

TCI	SNAP	FFM	DAPP-BQ
Temperamento	Desconfianza	Neuroticismo	Disregulación emocional
Búsqueda de novedad	Manipulación	Ansiedad	Ansiedad
Excitabilidad exploratoria	Agresividad	Hostilidad rabiosa	Labilidad afectiva
Impulsividad	Autolesiones	Depresión	Apego inseguro
Extravagancia	Percepciones bizarras	Ansiedad social	Sumisión
Desorden-anomia	Dependencia	Impulsividad	Problemas de identidad
Evitación del riesgo	Exhibicionismo	Vulnerabilidad	Disregulación cognitiva
Ansiedad anticipatoria	Pretencioso	Extraversión	Autolesiones (Ideas y actos)
Miedo a lo incierto	Desapego	Calidez	Disocial
Timidez	Impulsividad	Gregarismo	Suspiciacia
Fatigabilidad	Decoro	Asertividad	Problemas de conducta
Dependencia de la recompensa	Dependencia al trabajo	Actividad	Insensibilidad
Sentimentalismo		Búsqueda de excitación	Narcisismo
Apertura a la experiencia		Emocionalidad positiva	Escepticismo
Apego	¿3 dominios?:	Apertura	Oposicionismo pasivo
Dependencia	Emoción negativa	Fantasia	Introversión
Persistencia	Desinhibición	Estética	Evitación social
Esfuerzo	Emoción positiva	Sentimientos	Problemas de intimidad
Trabajo		Ideas-intelecto	Restricción emocional
Ambición		Acciones	Búsqueda de estímulos
Perfeccionismo		Valores	Compulsividad
Carácter		Afabilidad	
Autodirección		Confianza	
Responsabilidad		Franqueza	
Determinación		Altruismo	
Riqueza de recursos		Actitud conciliadora	
Aceptación de sí mismo		Modestia	
Buenos hábitos		Sensibilidad al prójimo	
Cooperación		Responsabilidad	
Aceptación social		Competencia	
Empatía		Orden	
Altruísmo		Cumple con el deber	
Compasión		Se empeña en el logro	
Honestidad moral		Autodisciplina	
Autotranscendencia		Deliberación-reflexión	
Olvido de sí			
Identificación transpersonal			
Aceptación espiritual			

Tabla 3. Dimensiones comunes en modelos de personalidad (Widiger y Simonsen, 2005, modificado).

Dominios	1°	2°	3°	4°	5°
FFM	Extraversión	Afabilidad	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura
DAPP-BQ	Inhibición	Disocial	Compulsividad	Disregulación emocional	
SNAP-MPQ	Afectividad positiva	(Afectividad negativa)	Restricción	Afectividad negativa	
TCI		Cooperación	Persistencia	Evitación del riesgo	Trascendencia
	<i>Dependencia de recompensa</i>		<i>Autodirección</i>		

En cursiva, dimensiones que pertenecen a dos áreas; entre paréntesis, cuando pertenecen más a otro dominio.

Como se ve en las tablas, el TCI está organizado en siete dominios y el FFM en cinco, y cada dominio está compuesto por varias facetas. El TCI explora dos áreas diferentes: temperamento y carácter. El SNAP incluye tres escalas complementarias de temperamento (Emocionalidad negativa, Emocionalidad positiva y Desinhibición) que se asemejan a las tres dimensiones del MPQ (Cuestionario Multidimensional de Personalidad, *Multidimensional Personality Questionnaire*, Tellegen y Waller, 2002). En un principio se sostuvo que las doce escalas del SNAP eran facetas que componían los tres dominios citados, sin embargo, ahora eso está cuestionado (Clark, 1993). Análogamente, las dieciocho escalas del DAPP-BQ conforman cuatro dominios: Disregulación emocional, Disocial, Inhibición y Compulsividad (Livesley *et al.*, 1998). Widiger y Simonsen (2005)¹ han destacado convergencias evidentes entre estos modelos (tabla 3).

El primer dominio representa un conjunto de rasgos definibles como extraversión, sociabilidad y afectos positivos, cuyos opuestos son introversión, inhibición y afectos negativos. Si bien los términos extraversión y afectividad positiva parecen describir diferentes aspectos de la personalidad, la investigación empírica tiende a demostrar que son casi equivalentes. Posiblemente el afecto positivo sea una condición necesaria para la extraversión desde el punto de vista de la activación motivacional (Depue y Collins, 1999; Pickering y Gray, 1999; Bouchard y Lohelin, 2001).

El segundo dominio se refiere a la afiliación social, tanto es su aspecto positivo (confianza, conciliación, empatía y modestia) como en su aspecto negativo (antagonismo, disocial, agresividad, suspicacia y manipulación). El SNAP y el MPQ no contienen dimensiones explícitamente conectadas con la afiliación social, pero se refieren a ella cuando describen la afectividad negativa, sosteniendo que la negatividad en las relaciones interpersonales estaría sostenida por una afectividad negativa.

El tercer dominio se refiere al control, compulsividad, responsabilidad y continuidad en los propósitos, y a sus opuestos (pérdida de control, impulsividad, desinhibición y discontinuidad).

El cuarto dominio se refiere a la capacidad de regulación afectiva (calma y serenidad) y a su contrario, la disregulación emocional (labilidad, inestabilidad, ansiedad, tendencia a la depresión, ansiedad social y timidez).

Tabla 4. Dominios y facetas bipolares (adaptativas y desadaptativas) (Widiger y Simonsen, 2005, modificado)

Dominios	Desadaptativas por exceso	Adaptativas	Desadaptativas por déficit	
Extraversión-Introversión	DAPP-BQ Búsqueda de estímulos TCI Extravagancia Desorden-anomia FFM Búsqueda de excitación	TCI Excitabilidad exploratoria Apertura a la experiencia FFM Actividad Asertividad Emocionalidad positiva	DAPP-BQ Problemas de intimidad Evitación social Restricción emocional TCI Timidez FFM Gregarismo	
Afabilidad-Antagonismo	DAPP-BQ Narcisismo Suspiciacia Insensibilidad Problemas de conducta Antagonismo pasivo	TCI Altruismo Compasión Honestidad morale Empatía Aceptación social Sentimentalismo Empatía	FFM Confianza Franqueza Altruismo Conciliación Modestia Empatía	DAPP-BQ Suspiciacia Apego inseguro TCI Dependencia
Control-Impulsividad	DAPP-BQ Compulsividad TCI Perfeccionismo	TCI Recursos Determinación Responsabilidad Ambición	FFM Competencia Orden Logro Autodisciplina Deber Deliberación	TCI Impulsividad Desorden
Regulación emocional	DAPP-BQ Labilidad afectiva Autolesiones Ansiedad Problemas de identidad TCI Ansiedad anticipatoria Miedo a incertidumbre FFM Ansiedad Hostilidad rabiosa Depresión Ansiedad social Impulsividad Vulnerabilidad	TCI Autoaceptación	DAPP-BQ Restricción emocional	

El quinto dominio es más heterogéneo. Incluye aspectos de la experiencia psicológica propia y conducta de tipo convencional en contraposición a otros no convencionales. De hecho es bastante difícil incluir en un mismo dominio facetas de Apertura del FFM y facetas de Autotranscendencia del TCI. El sustrato común sería la capacidad de acceder a fuentes de conocimiento y experiencia interior, cultural, simbólica o trascendente. Es evidente que estos últimos términos implican una complejidad difícil de describir en palabras.

Los modelos dimensionales citados se podrían agrupar y relacionar con otros modelos dimensionales, pero sería inadecuado a los objetivos de este capítulo, aunque todos coinciden en describir cuatro grandes dominios bipolares (valores altos o bajos): Extraversión-Introversión; Afabilidad-Antagonismo; Control-Impulsividad; Estabilidad emocional-Inestabilidad emocional. En la tabla 4 se muestra la posible organización en cuatro grandes dominios bipolares (valores altos y bajos) y sus respectivas facetas, así como a su rol adaptativo o desadaptativo. No es más que una hipótesis para mostrar que es posible identificar los mismos dominios en diferentes modelos. La agrupación y la terminología con la que varios modelos de la personalidad describen los dominios y facetas deben considerarse aproximativas y provisionales, pues representan un intento de dar orden a un universo lingüístico variado y contradictorio. Diferentes modelos utilizan términos semejantes para referirse a conceptos no equivalentes. Un buen ejemplo lo representa el término impulsividad, que según el FFM es parte del dominio neuroticismo, y por lo tanto está dentro del área de la regulación emocional. Otro ejemplo es el término ansiedad, que en el FFM no implica patología de la personalidad, mientras que según el DAPPBQ es totalmente desadaptativa.

La psicología de la personalidad como disciplina es relativamente joven y su objeto de investigación tiene una naturaleza difícilmente reducible a teorías, modelos y términos unívocos. Existen teorías y modelos de la personalidad de varios niveles epistemológicos (biológico, psicológico y sociológico) que concuerdan en sus definiciones generales pero están en desacuerdo, o incluso en contraposición, respecto a los componentes y al funcionamiento de la personalidad. Los modelos citados en los párrafos precedentes comparten como referente que la personalidad está constituida por **rasgos** (disposiciones cognitivas, experienciales y conductuales, relativamente estables en el tiempo, de fundamento psicobiológico y organizados de manera jerárquica). Cada modelo dimensional muestra dominios complejos que a veces se subdividen en facetas, más articuladas y menos generalizables. Hay autores que sugieren un nivel de generalización por encima de los cuatro dominios citados (Aschenbach, 1966; Krueger, 2002, Krueger y Tackett, 2003): externalización e internalización. En la tabla 5 se muestra la estructuración jerárquica de niveles de generalización de la personalidad.²

² Hay traducción al español, Forti, 2007

Tabla 5. Organización jerárquica de las dimensiones de la personalidad (2, 4 y 7 dominios)

Internalización-Externalización						
Extraversión-introversión		Afabilidad-antagonismo		Control-impulsividad	Estabilidad-inestabilidad emocional	
Búsqueda de novedad	Evitación del riesgo	Dependencia de recompensa	Persistencia	Autodirección	Cooperación	Auto-trascendencia
Excitabilidad exploratoria	Ansiedad anticipatoria	Apertura a la experiencia	Esfuerzo Trabajo	Responsabilidad	Aceptación social	Olvido de sí
Impulsividad	Tímidez	Sentimentalismo	Ambición	Determinación	Empatía	Identificación transpersonal
Extravagancia	Fatigabilidad	Apego	Perfeccionismo	Recursos	Altruismo	Espiritualidad
Desorden	Miedo a la incertidumbre	Dependencia		Auto-aceptación	Compasión	
				Hábitos congruentes	Honestidad	

Diagnóstico dimensional de la personalidad Borderline

El título de este apartado señala un aspecto intrínsecamente conflictivo: hablar de diagnóstico dimensional implica relacionar al menos un modelo dimensional con al menos una definición clínica (categorial) de la personalidad Borderline, cayendo en una lógica reverberante de **validación recíproca** del diagnóstico. Para un diagnóstico dimensional (que se refiera explícitamente a la descripción de la personalidad en la población general), la personalidad patológica es una variante desadaptativa. Pero ésta deberá confrontarse con las concepciones categoriales, pues son las que atribuyen nombres a las patologías. En otras palabras, un perfil dimensional puede ser compatible con un sistema diagnóstico categorial específico, el cual a la vez puede ser tipificado por otro perfil dimensional diferente, lo cual lleva a un círculo de validación recíproca de ambas lógicas (cuantitativa-dimensional y cualitativa-categorial). Este hecho no sería una desventaja, si no fuera porque gran parte de la literatura científica de los últimos años sobre los modelos dimensionales de la patología de la personalidad se ofrecen como “alternativa a”, y no como “complemento de”, los diagnósticos categoriales. De hecho, los modelos dimensionales han sido propuestos como soluciones a las dificultades conceptuales, metodológicas y clínicas del eje II del DSM.

En este apartado se considerará, por motivos de espacio, un ejemplo de un componente significativo de la literatura sobre el diagnóstico dimensional de la personalidad Borderline, sin ninguna pretensión de exclusividad. Se comentarán investigaciones respecto a dos modelos principales: el FFM (Modelo de los Cinco Factores, de Costa-McCrae) y el modelo de siete factores de Cloninger. Hemos elegido el FFM por ser uno de los más utilizados, estudiados y propuestos en la contienda contra la aproximación categorial; y el modelo de Cloninger (con menos estudios publicados pero con más difusión en la práctica clínica) pues su instrumento, el TCI-R (*Temperament and Character Inventory - revised*), es uno de los componentes de la batería diagnóstica que se utilizará para explicar

¹ Hay traducción al español, Forti, 2007

los casos clínicos. Primero se comentarán artículos sobre el FFM, luego sobre el de Cloninger, y finalmente se comentarán comparaciones entre ambos.

Wilberg *et al.* (1999) compararon dos grupos de sujetos diagnosticados según el DSM-IV, uno con diagnóstico de TP Borderline y el otro con diagnóstico de TP Evitativo. El perfil de FFM de ambos grupos compartía altas puntuaciones en Neuroticismo y bajas puntuaciones en Extraversión y Responsabilidad; y se diferenciaban en Afabilidad (alta en el grupo de TP Evitativo y baja en el grupo de TP Borderline) y en algunas facetas Extraversión. Además, se encontraron diferencias puntuales en algunas facetas de los cuatro dominios citados (Neuroticismo, Extraversión, Afabilidad y Responsabilidad). Pese a esta capacidad discriminatoria, los autores concluyeron que el FFM tiene mayor capacidad para describir y detectar el TP Evitativo que el TP Borderline. Esto implica que el TP Borderline, mejor dicho, las características representativas del TP, no son capturadas adecuadamente por un modelo dimensional que ha sido desarrollado a partir de las características de la personalidad en la población general, sugiriendo que tal vez el núcleo de este TP no se encuentre en ninguno de los extremos cuantitativos de la población general, sino que esté en un área cualitativamente diferente.

Un estudio realizado dentro del *Collaborative Longitudinal Personality Study* (CLPS) (Morey *et al.*, 2002), ha mostrado la incapacidad del FFM para diferenciar cuatro TP (Borderline, Evitativo, Esquizotípico y Obsesivo-compulsivo), pese a que los sujetos estaban bien diferenciados del grupo control sano. Todos los sujetos presentaban altas puntuaciones en Neuroticismo y bajas puntuaciones en Extraversión, Afabilidad y Responsabilidad. Este resultado puede interpretarse de varias maneras. Primero, que las características de estos TP se sitúan en una estrecha franja de facetas del FFM. Segundo, que los dominios del FFM sean realmente poco discriminatorios, por lo que cabe plantearse la conveniencia de utilizar otro modelo dimensional. Tercero, que los TP no puedan discriminarse fácilmente entre sí puesto que comparten suficientes elementos de orden superior que los abarca a todos, características que podrían subsumirse bajo el epígrafe de "TP en general". En otras palabras, las tres hipótesis ponen el acento en cada uno de los componentes del problema. La primera sugiere que los TP son entidades diferentes pero que los criterios DSM no capturan las diferencias y por lo tanto el FFM es incapaz de discriminarlos. La segunda atribuye el problema al bajo poder discriminatorio del FFM. La tercera sugiere que los TP no son fácilmente diferenciables entre sí, ni con el DSM ni con ningún otro instrumento diagnóstico dimensional. Esta última abre un nuevo camino de investigación.

Morey *et al.* (2003) profundizaron en el tema con el mismo grupo de pacientes, a partir de la segunda hipótesis, para lo cual utilizaron el SNAP, encontrando mayor capacidad de discriminación entre los diferentes TP. En el caso particular del TP Borderline, hay estudios que sugieren que las facetas Afectividad negativa y Autolesiones son eficaces descriptores de algunas características específicas del TP (Clark, 1993, 1999; Clark *et al.*, 1993). El estudio de Morey ha confirmado estos resultados, enfatizando el rol nuclear de las facetas citadas (Autolesiones y Agresividad), sugiriendo que Afectividad negativa es una dimensión general compartida por todos los TP, análogamente al Neuroticismo del FFM (Widiger, 1993).

La capacidad del dominio Neuroticismo para discriminar sujetos Borderline ha sido cuestionada en un estudio que ha confirmado que el FFM no es capaz de capturar las características de los pacientes

con TP Borderline (Morey y Zanarini, 2000). En particular, el FFM no captura adecuadamente la faceta Impulsividad, probablemente porque esta faceta, incluida en el dominio Neuroticismo, tiene un significado diferente al del resto de modelos que la utilizan. El FFM no captura comportamientos autolesivos ni autolíticos, como en el caso de pacientes con abuso de sustancias y trastornos de conducta alimentaria. Es interesante señalar que el seguimiento de los sujetos Borderline durante un período de dos a cuatro años ha demostrado que el Neuroticismo permanece estable, a diferencia de otras características del TP. Esta estabilidad podría revelar un fundamento temperamental que, en presencia de factores de riesgo ambientales, juega un rol patogénico variable. Estas consideraciones refuerzan lo que ya se insinúa en el CLPS, el cual ha demostrado que las remisiones de los criterios DSM-IV no se acompañan de las correspondientes modificaciones de las dimensiones de la personalidad, más estables. Es interesante la relación entre las dimensiones de la personalidad y los criterios del DSM-IV: cambios en las primeras determinan cambios en los segundos pero no al revés (Warner *et al.*, 2004).

Trull *et al.* (2003) han obtenido resultados diferentes a los de Morey y Zanarini. A partir de los resultados de un estudio de Lynam y Widiger (2001), cuyo objetivo era comparar los perfiles prototípicos de los TP según la hipótesis de Widiger *et al.* (1994) confirmado empíricamente por Dyce y O'Connor (1998), compararon los perfiles prototípicos de los TP según el FFM, con perfiles de casos prototípicos según clínicos expertos que no dominaban el uso del FFM. Trull *et al.* (2003) compararon tres grupos de sujetos: (1) sujetos clínicos, diagnosticados según el FFM; (2) sujetos clínicos, diagnosticados por una batería de instrumentos (auto y hetero aplicados); y (3) sujetos no clínicos, a quienes se les administró una compleja batería de pruebas: PAI-BOR (Inventario de Evaluación de Personalidad – Escalas Borderline, *Personality Assessment Inventory- Borderline Features Scale*); MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*); IIP (Inventario de Problemas Interpersonales, *Inventory of Interpersonal Problems*); SIDP-IV (Entrevista estructurada para TP del DSM-IV, *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders*); DIB (Entrevista Diagnóstica para Borderline, *Diagnostic Interview for Borderline*); FH-RDC (Entrevista de Investigación de Historia Familiar de Criterios Diagnósticos, *Family History Research Diagnostic Criteria Interview*); FEI (Entrevista de Experiencias Familiares, *Familial Experiences Interview*); SAS (Escala de Ajuste Social, *Social Adjustment Scale*). A los sujetos clínicos se les aplicó el NEO-PI-R, el SNAP (Agenda para Personalidad Adaptativa y No Adaptativa, *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*), el PDI-IV (Entrevista para TP, *Personality Disorder Interview-IV*) y parte del PDQ-IV (Cuestionario para TP, *Personality Disorder Questionnaire-IV*). Operativamente, se confrontó el Borderline Index derivado de la descripción prototípica según el FFM de la personalidad Borderline del estudio de Lynam y Widiger (2001) con el resto de pruebas señaladas en cada sujeto. Los resultados mostraron buena correlación entre el Borderline Index derivado del FFM y las demás mediciones, que a la vez correlacionaron bien entre sí. Se encontraron algunas discordancias entre el Index y mediciones específicas para la personalidad Borderline, que fueron reconducidas al potencial límite explicativo de la personalidad Borderline a partir de un modelo derivado de la descripción de la personalidad normal, evidenciando resultados menos positivos.

En la tabla 6 se muestran los perfiles prototípicos de los TP Antisocial, Borderline, Narcisista e Histriónico (Lynam e Widiger, 2001). Los valores numéricos se refieren a la media y los valores entre paréntesis se refieren a las desviaciones estandar. De acuerdo con los criterios de Miller *et al.* (2001), se consideran bajos los valores iguales o menores que 2 (subrayados), y se consideran

altos los valores iguales o superiores a 4 (en negritas). Como se ve en la tabla, el perfil prototípico de la personalidad Borderline según el FFM se caracteriza por elevadas puntuaciones en todas las facetas de Neuroticismo (exceptuando Ansiedad social); elevadas puntuaciones en dos facetas de Apertura (Emociones y Experiencia); mientras que el único valor inferior a 2 se encuentra en la faceta Deliberación del dominio Responsabilidad.

La capacidad de las dimensiones del FFM para describir y diferenciar adecuadamente los TP del DSM-IV ha sido confirmada por un estudio (Bagby *et al.*, 2005) en el que además del NEO-PIR ha utilizado la SIFFM (Entrevista Estructurada para el Modelo de los Cinco Factores, *Structured Interview for the Five Factor Model*) desarrollada por Trull y Widiger (1997). Los resultados sugieren que conviene explorar las facetas, pues permiten obtener un perfil más sutil.

Furnham y Crump (2005), tras comparar tres instrumentos, el NEO-PI, para el FFM; el HDS (*Hogan Development Survey*, Hogan y Hogan, 2000), para identificar dimensionalmente elementos característicos de cada TP según el DSM; y el MBTI (*Myers-Brigg Type Indicator- Form G*), que se basa en la tipología jungiana, han identificado concordancias entre rasgos de personalidad y TP. En el caso de la personalidad Borderline, confirman el rol prominente de Neuroticismo, y las correlaciones negativas con Extraversión, Afabilidad y Responsabilidad.

En un metaanálisis sobre la relación entre el FFM y los diagnósticos de TP, Saulsman y Page (2004) han validado doce artículos publicados en los 90', que confirman: (1) correlación positiva entre TP Borderline y Neuroticismo en todos los casos; (2) correlación negativa con Afabilidad en dos tercios de los casos; y (3) correlación negativa con Responsabilidad en la mitad de los casos. En tres estudios encontraron una correlación negativa con Extraversión, mientras que en ningún estudio se encontró correlación alguna con Apertura.

El modelo de Cloninger caracteriza a la personalidad Borderline con el siguiente perfil: (1) alta Búsqueda de Novedad, articulada por las facetas de Impulsividad, Excitabilidad, Extravagancia y Desorden; (2) alta Evitación del Riesgo, articulada en las facetas de Ansiedad anticipatoria, Miedo a lo incierto, Timidez y Fatigabilidad; y (3) baja Dependencia de Recompensa, articulada en las facetas de Independencia, Desapego, Indiferencia e Insensibilidad. Esta configuración conduciría a un conjunto caracterizado por alta reactividad emocional, especialmente ansiedad e ira, y a una ambivalencia de acercamiento-rechazo no resuelta en situaciones conflictivas interpersonales (Cloninger *et al.*, 1993; Svrakic *et al.*, 1993). El modelo predice que esta configuración temperamental se asocia a graves problemas en el carácter, especialmente en los dominios Autodirección y Cooperación. Esta configuración temperamental se acompaña de un perfil psicodinámico caracterizado por las siguientes defensas de bajo nivel (Mulder *et al.*, 1996): (1) escisión (emparentada con Búsqueda de Novedad); (2) hipocondría (relacionada con Evitación del Riesgo); y (3) proyección (relacionada con Dependencia de la recompensa).

Tabla 6. Perfil del FFM para los TP Antisocial, Borderline, Narcisista e Histriónico (Lynam y Widiger, 2001, modificado)

Dominios y facetas del FFM	Antisocial	Borderline	Narcisista	Histriónico
Neuroticismo	2.80 (.36)	4.12 (.35)	3.30 (.62)	2.74 (.54)
Ansiedad	1.82 (.85)	4.04 (.81)	3.42 (1.07)	2.33 (.78)
Hostilidad	4.14 (.77)	4.75 (.44)	3.42 (1.07)	4.08 (.51)
Depresión	2.45 (.67)	4.17 (.56)	2.68 (1.00)	2.42 (.90)
Ansiedad social	1.36 (.90)	3.17 (.82)	<i>2.00</i> (1.11)	<i>1.50</i> (.94)
Impulsividad	4.73 (.46)	4.79 (.41)	4.32 (.82)	3.17 (.94)
Vulnerabilidad	2.27 (1.08)	4.17 (.70)	3.95 (.71)	2.92 (1.44)
Extraversión	3.53 (.48)	3.18 (.39)	4.21 (.50)	3.51 (.49)
Calidez	2.14 (1.04)	3.21 (.78)	3.89 (1.05)	1.42 (.90)
Gregarismo	3.32 (1.04)	2.92 (.58)	4.74 (.56)	3.83 (.94)
Asertividad	4.23 (.61)	3.17 (.64)	3.84 (.83)	4.67 (.65)
Actividad	4.00 (.76)	3.29 (.62)	4.16 (.76)	3.67 (.89)
Búsqueda de excitación	4.64 (.49)	3.88 (.74)	4.47 (.51)	4.17 (.83)
Emocionalidad positiva	2.86 (.77)	2.63 (.88)	4.16 (.69)	3.33 (1.07)
Apertura	2.93 (.54)	3.39 (.49)	3.85 (.55)	3.18 (.60)
Fantasia	2.82 (1.01)	3.29 (.86)	4.37 (.96)	3.75 (.29)
Estética	2.36 (.79)	2.96 (.55)	3.53 (.84)	3.25 (.75)
Sentimentalismo	2.27 (.94)	4.00 (1.18)	4.16 (.90)	<i>1.92</i> (.90)
Experiencia	4.23 (.75)	4.00 (.93)	4.21 (.54)	4.08 (.67)
Curiosidad intelectual	2.91 (.75)	3.21 (.72)	3.11 (.96)	2.92 (.79)
Valores	3.00 (1.11)	2.88 (.90)	3.63 (.68)	2.67 (1.07)
Afabilidad	1.50 (.58)	2.40 (.42)	2.74 (.51)	1.40 (.24)
Confianza	<i>1.45</i> (.60)	2.21 (.93)	4.00 (.88)	<i>1.42</i> (.51)
Franqueza	<i>1.41</i> (.96)	2.08 (.72)	2.32 (.95)	<i>1.83</i> (1.11)
Altruismo	<i>1.41</i> (.59)	2.46 (.72)	2.21 (1.03)	<i>1.00</i> (.00)
Conciliación	<i>1.77</i> (1.07)	2.00 (.59)	2.53 (.84)	<i>1.58</i> (.67)
Modestia	<i>1.68</i> (.94)	2.83 (.56)	2.32 (1.16)	<i>1.08</i> (.29)
Empatía	<i>1.27</i> (.70)	2.79 (.83)	3.05 (.70)	<i>1.50</i> (.67)
Responsabilidad	1.91 (.52)	2.35 (.68)	2.13 (.56)	2.81 (.36)
Competencia	2.09 (.68)	2.71 (.86)	2.36 (.76)	3.25 (.87)
Orden	2.41 (.59)	2.38 (.88)	2.10 (.66)	2.92 (.51)
Deber	<i>1.41</i> (.96)	2.29 (.81)	2.10 (.74)	2.42 (.67)
Necesidad de logro	2.09 (.81)	2.50 (.78)	2.68 (1.06)	3.92 (.90)
Autodisciplina	<i>1.81</i> (.73)	2.33 (.92)	<i>1.79</i> (.71)	2.08 (.79)
Deliberación-Reflexión	<i>1.64</i> (.66)	<i>1.88</i> (.95)	<i>1.74</i> (.81)	2.25 (.87)

Desde un punto de vista cognitivo, el modelo sugiere la presencia de creencias nucleares desadaptativas, impregnadas de falta de esperanza, sentimiento de no ser amado y desconfianza en la propia intuición, relacionadas respectivamente con Autodirección, Cooperación y Autotranscendencia (Beck, 1999). Esta configuración predispone a los sujetos Borderline a vivir en un mundo sin significados ni valores que den sentido a la existencia individual ni relacional. El modelo de Cloninger describe al sujeto Borderline con características temperamentales problemáticas y con una configuración caracterial absolutamente incapaz de modular entre el temperamento y la realidad. En la tabla 7 se resume la descripción prototípica de la personalidad Borderline según el modelo de los siete factores.

La capacidad del modelo de siete factores para discriminar el TP Borderline ha sido demostrada en un estudio que, comparando sujetos clínicos y no clínicos, ha mostrado que el dominio Búsqueda de Novedad separa al TP Borderline de los otros TP del DSM-IV, de los pacientes psiquiátricos sin TP, y de los sujetos sanos. Este resultado no ha cambiado tras controlar las variables de apego, que ha permitido discriminar en término de apego inseguro a sujetos con TP del resto de sujetos (Fossati *et al.*, 2001b). Los resultados de este estudio, que ha tomado en cuenta dos factores de riesgo para la patología Borderline (temperamento y apego), sugieren que el apego inseguro es un factor transversal que atraviesa a todos los TP, mientras que la variable temperamental es más específica del TP Borderline. Estas conclusiones son compatibles con la hipótesis del FFM, según la cual un componente importante de la patología Borderline tiene un fundamento temperamental, que en su acepción más general se refiere a la incapacidad de regular los impulsos y los afectos (Neuroticismo del FFM). La dimensión Búsqueda de Novedad correlaciona intensamente con medidas de impulsividad y agresividad en un estudio que demuestra que estas variables discriminan los TP del cluster B del resto de TP, y que la impulsividad discrimina particularmente al TP Borderline (Fossati *et al.*, 2007).

Se ha investigado la relación entre estos dos importantes modelos dimensionales (FFM y siete factores), con resultados contradictorios. Svrakic *et al.* (1993) han demostrado que el modelo de Cloninger explica un mayor porcentaje de varianza, mientras que Ball *et al.* (1997) demuestran lo contrario. Otros dos estudios han utilizado estos dos modelos pero no han llegado a hacer comparaciones explícitas (Reti *et al.*, 2002; Conway *et al.*, 2003). Un estudio reciente ha demostrado explícitamente la validez de ambos modelos para predecir los TP en una muestra de sujetos clínicos (De Fruyt *et al.*, 2006). Los resultados demostraron, al nivel de las principales dimensiones, que los dos modelos tienen un poder de predicción comparable. Sin embargo, en el nivel de facetas, se han encontrado diferencias a favor del FFM, especialmente para los TP Borderline, Antisocial e Histriónico.

Una comparación entre el modelo de los siete factores y los temperamentos afectivos de Kraepelin descritos en la TEMPS-I (Evaluación de Temperamento de Memphis, versión de entrevista, Temperament Assessment of Memphis, Pisa, Paris and San Diego, Interview Version), ha puesto en evidencia la presencia de correlaciones significativas. En el caso de la personalidad Borderline, se han encontrado las siguientes correlaciones: (1) Búsqueda de Novedad con temperamento Excitable; (2) Búsqueda de Novedad y Evitación del Riesgo con los temperamentos Excitable y el Ciclotímico. Estos resultados parecen confirmar que en el Borderline subyacen, desde diferentes modelos teóricos, problemas ligados a la regulación de la impulsividad y de la afectividad, especialmente una tendencia a la actuación irreflexiva, irritabilidad e inestabilidad del tono afectivo.

Tabla 7. Perfil prototípico de la personalidad Borderline según el modelo de siete factores (Cloninger, 2002, modificado)

1. Baja autodirección:

- Baja responsabilidad: los problemas son por carencias o culpas de los otros.
 - Baja determinación: carencia de metas existenciales, se percibe la vida como carente de sentido.
 - Baja esperanza: se percibe a sí mismo incapaz para afrontar la vida y sus dificultades.
 - Baja autoaceptación: vergüenza intensa y culpa irreparable tras experiencias que revelan dificultades o inadecuación.
 - Bajo control de impulsos: tendencia a actuar impulsivamente antes que reflexionar.
-

2. Baja cooperación:

- Intolerancia: intensos sentimientos negativos ante las divergencias o contrastes.
 - Narcisismo: atención centrada en sí mismo, baja empatía y desestimación de los otros.
 - Hostilidad: su espíritu polémico le impide colaborar positivamente, especialmente en situaciones sociales.
 - Rencor: no olvidan ni perdonan las carencias o disgustos que otros les han infringido.
 - Oportunismo: sentido moral bajo o inestable, tienden a aprovecharse del otro apenas pueden.
-

3. Baja estabilidad afectiva:

- Ansiedad: sentimientos de inseguridad exacerbados ante mínimas dificultades.
 - Irritabilidad: rabia y episodios de ira intensa.
 - Envidia: especialmente ante los aspectos positivos del otro.
 - Malignidad: puede llegar a disfrutar con el sufrimiento ajeno.
 - Amargura: se siente una víctima en las relaciones, el otro es poco atento, egoísta y negativo.
-

4. Baja autotrascendencia:

- Inestabilidad de la representación de sí mismo: dificultad en reconocer y aceptar los propios límites.
 - Baja capacidad de prevenir: vive la realidad como impredecible, caótica y poco controlable.
 - Sentimiento de vacío: representación de sí mismo vacía, aburrida e inútil, poco implicado con la realidad.
 - Pensamiento mágico: reduce la realidad a contraposiciones binarias (positivo-negativo), la implicación emocional puede llevarle a representaciones distorsionadas, irracionales o mágicas de la realidad.
-

Las dimensiones de personalidad como componentes diagnósticos

Este apartado es al mismo tiempo una conclusión sobre el diagnóstico y una presentación de la batería diagnóstica que se describe en el apéndice. Como la batería tiene una introducción específica referida a los instrumentos que utiliza, aquí sólo se señala la lógica del uso del diagnóstico dimensional en la patología de la personalidad, especialmente en la personalidad Borderline.

La aproximación dimensional a la psicopatología de la personalidad sostiene que ésta puede y debe ser considerada como una variante desadaptativa de la personalidad en general. Esta aproximación

surge como alternativa a la aproximación categorial y sus limitaciones. Por lo tanto, un primer aspecto a subrayar es que hay una tendencia a juzgar a las dos aproximaciones como alternativas, por no decir conflictivas. Dicho esto, nos podemos preguntar si el diagnóstico dimensional, eficaz para subsanar algunas limitaciones del diagnóstico categorial no tiene, a al vez, puntos frágiles relevantes. Quienes defienden el diagnóstico dimensional, particularmente el FFM, defienden los siguientes puntos de fuerza del diagnóstico dimensional.

1. No sólo elimina el fenómeno del solapamiento diagnóstico, sino que lo explica, mostrando que el solapamiento se debe a la presencia de **dimensiones latentes** de la personalidad.
2. Puede ser fácilmente traducido en términos categoriales si se identifican los **puntos de corte** a partir de los cuales corresponde una intervención terapéutica.
3. Describe de una manera precisa las características individuales, a partir de una aproximación **ideográfica**, contrapuesta a la generalidad del diagnóstico categorial que pone la misma etiqueta a situaciones muy distintas entre sí.
4. Se refiere a **rasgos estables** de la personalidad, mientras que los criterios categoriales, por ejemplo los del DSM, son más inestables a lo largo del tiempo.

Los argumentos son más, pero al mismo tiempo, hay una serie de limitaciones y problemas con el diagnóstico dimensional:

1. Las bases conceptuales de los modelos dimensionales de la personalidad son heterogéneas y su validez científica, además de los problemas semánticos, está sólo parcialmente demostrada: los modelos dimensionales oscilan entre fundamentos naturalistas, biológicos y lingüístico-sociológicos. Esto nos lleva a preguntarnos si describen elementos específicos y estables de la naturaleza humana o describen convenciones culturales.
2. Su aplicación a la comprensión diagnóstica de la psicopatología de la personalidad se basa en investigaciones cuyo objetivo de fondo es la capacidad de un modelo para discriminar entre diferentes trastornos diagnosticados con modelos categoriales. Esta modalidad es problemática en al menos dos aspectos: (a) se activa una lógica de validación recíproca en lugar de buscar que el diagnóstico dimensional refute al diagnóstico categorial; (b) su referente son entidades diagnósticas cuya validez de constructo aun no ha sido verificada.
3. Faltan estudios que validen los perfiles de diagnóstico dimensional contra datos externos que definan la disfunción de la personalidad, más que contra el diagnóstico categorial. En otras palabras, falta demostrar que la verdadera fuerza de los modelos dimensionales estaría dada por su capacidad de medir la disfunción de la personalidad en la realidad de la vida de los individuos más que demostrar concordancias con los diagnósticos alternativos categoriales.
4. La estabilidad de las dimensiones, hipótesis sostenida por todas las teorías dimensionales, no está totalmente demostrada, especialmente en el ámbito clínico. Hay un estudio en el que se demuestra que las dimensiones temperamentales del TCI-R, en pacientes tras un año de psicoterapia, cambian considerablemente, cuando por ser temperamentales deberían ser estables (Cianitto, 2007; Vassallo, 2007). Sin embargo es verdadero, e interesante, que las dimensiones del FFM han demostrado mayor estabilidad que los criterios del DSM-IV en algunos estudios longitudinales, como el *Collaborative Longitudinal Personality Study* (CLPS) (Warner, 2004; Widiger, 2005).

Finalmente, es necesario aclarar que los modelos dimensionales de la personalidad que hasta la fecha se han confrontado con la psicopatología de la personalidad son aquellos que se refieren más o menos

explícitamente a la teoría de rasgos. Actualmente hay concepciones de la personalidad que intentan validar los aspectos procesales además de los estructurales. Los aspectos procesales se refieren a la modalidad de funcionamiento de la personalidad a lo largo del tiempo y en función de la adaptación al entorno. En los últimos años se han formulado varias teorías que intentan pasar de la fotografía estática de la personalidad a una película dinámica incluyendo la variable temporal.

El mismo Cloninger ha descrito la personalidad (síntesis de temperamento y carácter) como un sistema dinámico complejo, capaz de auto-organizarse y auto-regularse, por lo tanto con funciones adaptativas respecto a los cambios en la realidad, especialmente gracias a la integración funcional entre sus componentes. Lamentablemente, Cloninger no ha investigado sobre su propuesta teórica de la personalidad como un sistema dinámico complejo.

La personalidad como sistema dinámico complejo ha sido propuesta por otros autores (Mischel y Shoda, 1995; Lewis, 1997; Cervone, 2004). Hasta ahora estas conceptualizaciones no han encontrado el modo de ser confrontadas con la patología, especialmente por la dificultad de calar la teoría en la realidad de la experimentación empírica. De hecho es problemático identificar las variables a estudiar, definir los procedimientos de monitoreo y establecer cuáles son las técnicas matemático-estadísticas para el análisis de datos (Maffei, 2001). Datos preliminares de investigación parecen mostrar que la personalidad Borderline no está capacitada para organizar el nivel de “fluctuación controlada” de las variables emocionales típicas de las personalidades adaptativas, sino que se mantiene con patrones de funcionamiento rígidos (Negri, 2007).

Si cada sistema diagnóstico parece incapaz de resolver todos los problemas, la mejor introducción a la batería diagnóstica del apéndice consiste en el hecho de que no ha sido propuesta como alternativa sino como **complemento** al diagnóstico categorial. Basada en dimensiones de funcionamiento de la personalidad que han demostrado ser informativas para especificar aspectos individuales de la patología que el diagnóstico categorial no captura adecuadamente. Este concepto puede ser formulado de otra manera: se ha demostrado que el TP Borderline del DSM-IV tiene validez estructural, por lo cual tiene una configuración categorial suficiente. Pero como el diagnóstico categorial no cubre toda la variabilidad potencial de las diferencias entre sujetos tipificados con la misma etiqueta, las dimensiones de diagnóstico dimensional relevantes para el TP Borderline permitirían caracterizar con más información cada caso individual. El intento es armonizar la lógica nomotética con la lógica ideográfica, para dar al clínico la mejor y más amplia información respecto lo que debería ser el objetivo de diagnóstico y estrategias terapéuticas. En el capítulo de casos clínicos se intentará demostrar en concreto la utilidad de esta aproximación.

VI. Casos clínicos

Para demostrar las ventajas de utilizar diferentes perspectivas teóricas a la vez, los casos serán discutidos según sus características categoriales y dimensionales. Esto aporta la mayor variedad de datos posibles desde diferentes conceptualizaciones teóricas y permite tipificar cada caso individual con información fiable. Como ya se ha afirmado, el diagnóstico debe ser capaz de describir de la mejor manera posible a cada individuo particular, además de describirlo como categoría más general. La comparación entre instrumentos aumenta la fiabilidad de la exploración pues los datos de un instrumento pueden confirmar o refutar los resultados de otro.

Los casos se presentarán de manera homogénea e intentado resumir lo más posible. Los nombres de los pacientes no son reales, y cualquier dato que favoreciera su identificación ha sido modificado. Los diagnósticos categoriales se insertan como parte de los criterios de cada TP, destacando en negritas los criterios que se cumplen. El perfil dimensional no es más que la aplicación de la BMVP-AD (Batería Multidimensional para la Evaluación de la Personalidad Adaptativa y Desadaptativa) explicada en el apéndice.

Caso 1: Anna

Datos generales

Treinta y cinco años, soltera, sin relaciones afectivas, trabaja en sanidad, vive con la familia en su pequeño pueblo natal.

Problemática psicopatológica reciente

La sintomatología que más malestar le ha provocado es definida por ella como “ansiedad invasora” que incide globalmente en toda su vida: “todo me preocupa, todo me asusta, especialmente la soledad, aunque también el compromiso con la realidad cotidiana”. De hecho ha cambiado varias veces de trabajo y, pese a tener un buen rendimiento, ha dejado el último porque “los horarios y el contacto con la gente me estresaban”. Ahora que no tiene trabajo, cada jornada representa un grave problema para ella, pues no sabe cómo pasar el tiempo. Hace las compras y camina por la calle para cansarse. Dejó de conducir tras un grave accidente, probablemente por efecto de la medicación, lo cual le dificulta visitar a su familia, pese a desearlo. Se siente culpable pues “mi madre nunca deja de ayudarme y acogerme sin lamentarse, mientras yo, lo único que le doy, es una hija fracasada”. Está muy adherida a la madre pese a que ésta nunca aceptó su “modo de ser”. Las frecuentes discusiones con ella le generan ataques de ira que no logra controlar y que desahoga con gritos e insultos. Después de estos episodios la ira perdura interiormente durante mucho tiempo, mezclada con sentimientos de culpa. Con el padre la relación es menos intensa y menos conflictiva, pues él “atiende a sus cosas”.

Las noches son peores, puesto que padece un insomnio grave y crónico, resistente a hipnóticos e inductores del sueño. Últimamente ha comenzado a tomar por iniciativa propia un fármaco antipsicótico con potente efecto sedativo que “me da un golpe en la cabeza” pero “no es la solución”.

Historia clínica

El malestar significativo comenzó a ser evidente a los 25 años, con un insomnio grave, coincidiendo con problemas de pareja con el único hombre con quien ha mantenido una relación significativa. Recuerda que desde pequeña ya dormía mal, pero que a partir de los 25 años “pasaba noches enteras sin cerrar un ojo”, al empeorar la relación de pareja y al acabarse el insomnio se agravó.

Comenzó a tomar fármacos para el insomnio de manera continua pero desordenada, pero la ansiedad se hacía cada vez más intensa e incontrolable. Progresivamente se fue haciendo dependiente de las benzodiazepinas, tomando dosis muy elevadas, combinadas con episodios de ingesta masiva de alcohol. Por este motivo recibió tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de manera discontinua. Osciló entre recuperaciones, tratamientos ambulatorios y etapas en que intentaba “hacerlo por su cuenta”, intentando lograr la autonomía, especialmente a través del trabajo, pero sin lograr mantener una continuidad en sus compromisos.

Anamnesis familiar y personal

Hija única, familia con buen nivel de bienestar gracias a un padre emprendedor que logró pasar de una situación modesta a ser empresario. El padre tuvo problemas cardíacos, pero controla la empresa. La madre fue siempre ama de casa y tiene buena salud. No se detecta patología psiquiátrica en la familia, aunque parece que la madre tuvo “oscilaciones del humor” en el pasado. No hay problemas serios que destacar sobre embarazo, nacimiento y desarrollo infantil. Fue una niña inteligente pero “sensible”: en el colegio no se relacionaba de manera particular con los otros, prefiriendo estar sola y “fantasear” (afirma que aun ahora le gusta perderse en sueños con los ojos abiertos).

En la adolescencia su conducta cambia bruscamente. Desarrolla un físico llamativo, comienza a vestirse de manera excéntrica y provocadora, lo que la ocasiona progresivos problemas con sus compañeras, que se sentían envidiosas, y un interés por parte de los compañeros varones, que nunca “llegó a concretarse”. Las mujeres le generaban agresividad, mientras que de los hombres no se fiaba. Su manera de vestir y comportarse le ocasionó problemas con la familia, más frecuentemente con la madre, aunque los problemas más intensos fueron con el padre. Refiere que su padre condenaba su rebeldía más por deber que por convicción mientras que su madre siempre había criticado duramente el aspecto de su hija, del que decía que era “poco bueno”.

No acabó la escuela superior por falta de interés, “hizo chapuzas” en la empresa paterna e intentó, sin éxito, múltiples proyectos laborales. Nunca tuvo amistades significativas ni relaciones afectivas íntimas, según ella porque “sólo encontré provincianos, brutos y apegados al dinero”. Refiere que pese a vestir de manera provocativa, lo que le hizo tener fama de ser poco seria, no ha tenido muchas experiencias sexuales, sintiéndose incómoda con la intimidad física e incapaz de separar los sentimientos de la sexualidad.

Admite que no ha sido capaz de conseguir nada estable desde el punto de vista laboral, lo cual le hace sentir culpable e “incapaz”. Con el único hombre con el que tuvo una relación sentimental significativa, que duró alrededor de tres años, ha vivido una experiencia positiva los primeros meses, pero luego cada vez fue más negativa hasta transformarse en “catastrófica”. Refiere que este hombre “se adhería demasiado a ella”, controlándola y oprimiéndola. Describe a su compañero como carente y tiránico, llegando a ser agresivo cuando ella intentaba mantener algo de distancia. Después de dejarlo, él comenzó a perseguirla insistentemente y cada vez que se encontraban acaban peleando, llegando a veces a las manos. Una vez cerrada esta relación definitivamente, Anna comenzó a estar mucho peor, con insomnio y ansiedad severos, solicitando por primera vez ayuda profesional.

Valoración diagnóstica

SCID-II:

I) TP Borderline

- A. Caracterizado por impulsividad e inestabilidad en relaciones interpersonales, imagen de sí y humor. Debe cumplir con al menos 5 de los siguientes criterios.
1. Esfuerzos por evitar el abandono (real o imaginario).
 2. Relaciones inestables e intensas, con desvalorización e idealización.
 3. **Identidad, imagen de sí y percepción de sí inestables.**
 4. **Impulsividad en áreas dañinas para sí.**
 5. Amenazas o actos suicidas, autolesiones.
 6. **Inestabilidad afectiva, con humor reactivo.**
 7. **Sentimiento crónico de vacío.**
 8. **Bajo control de ira intensa e inmotivada.**
 9. Reacción al estrés con síntomas disociativos o ideación paranoide.

II) TP Histriónico

- A. Caracterizado por excesiva emotividad y demanda de atención. Debe cumplir con al menos 5 de los siguientes criterios:
1. **No se siente cómodo si no es el centro de atención.**
 2. **Comportamiento seductor o provocativo.**
 3. **Expresión emocional superficial y voluble.**
 4. **Utiliza el aspecto físico para llamar la atención.**
 5. **Lenguaje subjetivo y sin matices.**
 6. **Dramatización, teatralidad y expresión exagerada de emociones.**
 7. Sugestionable, fácilmente influenciable.
 8. Considera las relaciones más íntimas de lo que son.

III) TP Narcisista

- A: Caracterizado por grandiosidad, necesidad de admiración y ausencia de empatía. Son necesarios al menos 5 de los siguientes criterios:
1. Sentido grandioso de sí mismo .
 2. **Preocupado por fantasías de éxito, poder y amor imaginarios.**
 3. Convicción de ser especial y único, sólo puede relacionarse con personas especiales.
 4. **Demandas excesivas de admiración.**
 5. Expectativas irracionales de recibir un trato de favor.
 6. Manipula y explota a los otros para alcanzar sus propias metas.
 7. **Ausencia de empatía y no se identifica con los sentimientos de los otros.**
 8. **Envidia o cree que le envidian.**
 9. Conductas arrogantes o soberbias.

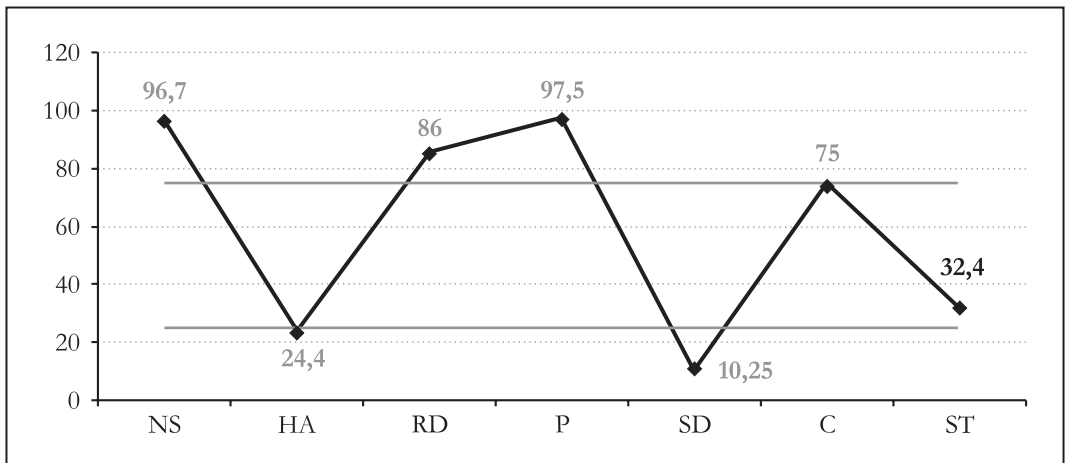
IV) TP Dependiente

- A. Caracterizado por una excesiva necesidad de que se ocupen de uno, comportamiento sumiso y temor a la separación. Son necesarios al menos 5 de los siguientes criterios:
1. Necesidad de consejos y reafirmación en las decisiones cotidianas.
 2. **Delega la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.**
 3. Dificultades para expresar el desacuerdo por temor a la pérdida de aprobación.
 4. **Dificultad para iniciar o llevar a cabo proyectos de manera autónoma.**
 5. Va demasiado lejos por su deseo de obtener apoyo y protección, llegando a ofrecerse para tareas desagradables.
 6. **Incómodo o desamparado cuando está solo, temor a ser incapaz de cuidar de sí mismo.**
 7. Al romper una relación, busca urgentemente otra relación como nueva fuente de apoyo.
 8. Preocupación excesiva y no realista por miedo a abandono.

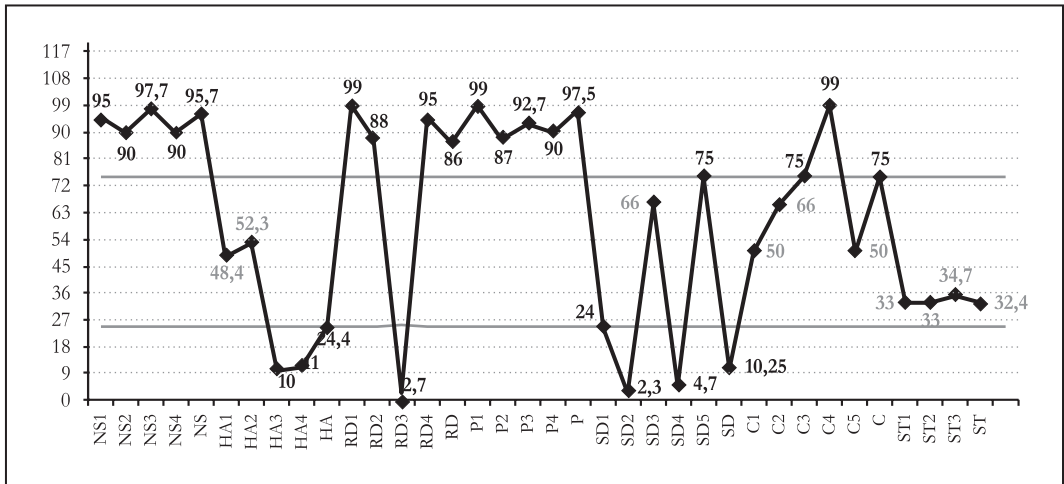
Temperament and Character Inventory (TCI-R)

Ns	Ha	Rd	P	Sd	C	St
Ns1 = 35	Ha1 = 31	Rd1 = 38	P1 = 40	Sd1 = 26	C1 = 29	St1 = 24
Ns2 = 31	Ha2 = 23	Rd2 = 41	P2 = 32	Sd2 = 13	C2 = 19	St2 = 18
Ns3 = 36	Ha3 = 15	Rd3 = 10	P3 = 41	Sd3 = 20	C3 = 32	St3 = 20
Ns4 = 19	Ha4 = 16	Rd4 = 25	P4 = 32	Sd4 = 18	C4 = 34	
				Sd5 = 18	C5 = 32	
Tot = 121	Tot = 85	Tot = 114	Tot = 145	Tot = 120	Tot = 146	Tot = 62

Perfil TCI-R de Anna



Facetas del TCI-R de Anna



ASQ

Confianza	41
Incómoda en la intimidad	41
Las relaciones son secundarias	17
Necesidad de aprobación	26
Preocupación por las relaciones	30
Eje de Ansiedad	0,29 (60° percentil)
Eje de la evitación	- 0,26 (42,5 ° percentil)

BIS

Impulsividad atencional	16	33° percentil
Impulsividad motora	24	66° percentil
Impulsividad por no planificar	28	66° percentil
Total	68	66° percentil

AQ

Agresividad física	12	10° percentil
Agresividad verbal	14	33° percentil
Rabia	18	66° percentil
Hostilidad	23	50° percentil
Total	67	33° percentil

NPI 17, percentil 90. HSNS 23, percentil 33.

Comentarios

Diagnóstico estructural

La calidad de las relaciones objetales se caracteriza por una configuración infantil, basada tanto en vivencias pasadas y presentes de la vida real, como en dinámicas internas centradas alrededor del problema aceptación-rechazo. Esto le confiere una calidad infantil y polarizada, conectada estrechamente a representaciones objetales escindidas y organizadas alrededor de la idealización y la denigración de sí mismo y del objeto. En cada relación se representa el problema nunca resuelto entre una representación grandiosa de sí misma que desea ser **aceptada** por el objeto primario, y una representación denigrada de sí misma que se siente **humillada** por un objeto que le rechaza. Esta partida infinita se juega aparentemente en el aspecto exterior, que mantiene anclada la aceptación en términos de “ser admirada”: el sí mismo idealizado se expresa como un sí mismo admirado por un objeto excitado y deslumbrado que le admira sin cesar. Este aspecto exterior no es más que una defensa ante una compleja configuración afectiva en la que están presentes angustia de abandono, rabia, desprecio de sí, sentimientos de vacío y sentimientos de culpa.

La problemática referida se articula en una relación dual primaria rígida y estereotipada: el objeto no puede ser abandonado porque de él depende totalmente la autoestima original, manifestada a través del deseo de aceptación incondicional que, en el momento de la ineludible frustración, genera una rabia estéril y al mismo tiempo sentimientos de culpa por no satisfacer las expectativas del objeto y por la desilusión y el dolor provocados, lo cual lleva a una creciente representación negativa de sí mismo cargada de sentimientos de rechazo, necesidad, desestimación de sí, rabia y culpa.

La ausencia de una configuración edípica más madura se demuestra también por la ambivalencia en sus confrontaciones con la figura masculina, a la que excita con su aspecto físico, pero a la que mantiene a distancia por el temor a la intimidad física auténtica, sexual y afectiva. Resumiendo, las palabras de Anna (“desde la adolescencia he temido la envidia de las mujeres y no he confiado en los hombres”) resumen una situación desadaptativa cristalizada. Anna tiene una organización Borderline de la personalidad, con características de personalidad infantil, según Kernberg, superponible a la personalidad Histórica primitiva de Meissner.

Diagnóstico categorial

El SCID-II pone en evidencia la presencia de un TP Borderline (satisface 5 criterios), un TP Histriónico (satisface 6 criterios), rasgos narcisistas (satisface 4 criterios) y rasgos dependientes (satisface 3 criterios). La configuración histriónica se muestra de manera casi prototípica, mientras que el TP Borderline se muestra centrado alrededor de alteraciones en la identidad, oscilaciones en el humor, sentimiento crónico de vacío, rabia e impulsividad. Esta última es importante, manifestándose a través del consumo incongruente de fármacos y alcohol, aunque más importantes son los sentimientos crónicos de vacío, ira y alteraciones en la identidad. Anna sabe controlarse, aislarse y nutrirse de fantasías, aunque permanece anclada a dos características de los sujetos Borderline: relaciones interpersonales caóticas y conductas autolesivas. Es probable que la presencia de aspectos histriónicos, narcisistas no agresivos y dependientes “protejan” a Anna, encerrada en un mundo “infantil” de grandiosidad dependiente y furiosa para afrontar la temida realidad.

Perfil dimensional

El perfil TCI-R parece extremadamente polarizado, moviéndose por encima y por debajo de los valores normales. Sin embargo, el nivel de Búsqueda de novedad es uniformemente alto, mostrando una configuración impulsiva e irreflexiva, que apunta a la búsqueda de excesos y al descontrol. Los valores de Evitación del Daño están por debajo de la media, pero de manera heterogénea. Llama la atención los valores muy bajos en las facetas Timidez y Fatigabilidad, puesto que se contradicen con sus afirmaciones respecto a sus dificultades laborales e interpersonales, que le generan estrés y cansancio difíciles de soportar. Tiene valores globales muy altos en Dependencia de la recompensa, pero de distribución poco homogénea en las facetas que la componen. Altos valores en sentimentalismo, apertura a la experiencia y dependencia, y valores muy bajos en apego. Anna da mucho valor a los sentimientos, mejor dicho a la representación que ella tiene de los sentimientos, con una modalidad típicamente histriónica: se describe como capaz de empatía y de participación activa en las relaciones interpersonales, pero al mismo tiempo se percibe a sí misma como extremadamente dependiente de la aprobación de los otros e incapaz de relaciones íntimas. Globalmente esta área está bien representada por las incongruencias de una persona que vive relaciones positivas imaginarias y depende mucho de los otros, pero que al mismo tiempo teme las relaciones íntimas auténticas. Los elevados valores en las facetas de Persistencia deben ser consideradas con cautela. Su auto-descripción de laboriosidad, compromiso y constancia se contradicen totalmente con los hechos, haciendo sospechar la presencia de mecanismos de defensa. El perfil de Autodirección, con valores globales muy bajos, en sus facetas muestra un zig-zag: valores muy bajos en Responsabilidad, Metas y Aceptación de sí misma, y elevados en Riqueza de recursos y Hábitos congruentes. Estos datos deben ser considerados con cautela, pues representan una mezcla entre la realidad y la fantasía. Tiene valores globales muy altos en Cooperación, especialmente en las facetas Compasión, Capacidad de perdonar y Benevolencia. Para una persona que tiene graves dificultades para estar con otros, que suele estar inundada de ira, esta descripción parece más una intromisión de la fantasía en la realidad.

Sorprende el ASQ, con alta puntuación en apego seguro. Es posible que Anna haya respondido de manera no fiable describiendo la situación de apego idealizada, por lo tanto defensiva, como ya se ha visto en su tendencia a ver de manera positiva irreal aspectos de sí misma y de los otros.

El BIS y el AQ no presentan una situación clínica relevante. Por una parte, la gestión desadaptativa de la agresividad no es un problema, y por otra, la impulsividad en sentido estricto (con puntuaciones elevadas en Búsqueda de Novedad) no llega a los niveles extremos característicos del TP Borderline. Se ha mostrado ya que su núcleo es el histriónico, infantil y dependiente, con tendencia a una escasa planificación de sus actos. En este sentido, es interesante la alta puntuación en el NPI, que sugiere un componente narcisista importante, no capturado por el DSM-IV. De hecho, el NPI incluye dimensiones (exhibicionismo y vanidad) colindantes con lo histriónico, que no son capturadas adecuadamente por los criterios del DSM-IV.

Caso 2. Bárbara

Datos generales

Veintitrés años, soltera, vive esporádicamente con la familia, trabaja de manera discontinua, no tiene lazos afectivos estables.

Problemas psicopatológicos recientes

Acude a la consulta acompañada por sus padres, quienes solicitan un ingreso para recuperarla de una situación que juzgan incontrolable y peligrosa. Bárbara lleva tiempo con una vida muy irregular: vive con su familia algunos días, desaparece varios días o semanas sin dar noticias, y cuando regresa, dice haber estado “de paseo con amigos”. En casa se encierra en su habitación y duerme muchísimo. Reconoce haber consumido diferentes tipos de sustancias, haberse emborrachado y haber sufrido miedo porque los amigos, además de ofrecerle sustancias, le proponían orgías sexuales. Cada vez que vuelve a casa promete que “no volverá a suceder”, pero de hecho nada cambia, porque al salir de noche, conoce nuevos amigos, y todo se repite. A partir del noveno episodio de fuga y retorno en condiciones muy comprometidas, los padres la convencen de pedir un ingreso, esperando interrumpir el círculo vicioso.

Historia clínica

Los datos aportados por Bárbara y sus padres coinciden en que las primeras dificultades aparecieron en la escuela primaria: era una niña particularmente esquiva, solitaria, poco sociable con sus pares y con los adultos. Los profesores la consideraban tímida, pero Bárbara afirma que su problema era la “incapacidad de sentirse como los otros”. Sus palabras evocan sentimientos de severa incompetencia social, inadecuación y un precoz juicio negativo de sí misma. A los doce años comienza a consumir esporádicamente alcohol y a los trece ha fumado sus primeros porros, sin llegar a “habituarse”. En la escuela secundaria tuvo grandes dificultades, tanto académicas como conductuales, repitiendo dos veces el tercer curso. Mientras que en primaria lograba pasar “sin pena ni gloria”, en la secundaria ha sentido que el estudio no le interesaba más y comenzó a reaccionar contra una disciplina que le parecía “insensata”. Comenzó a tener conductas verbales agresivas con los profesores y con los compañeros de clase, llegando con éstos varias veces a peleas físicas. Se matriculó en un instituto técnico (equivalente al FP) privado, pero abandonó a mitad de año, pues “prefería una academia de arte”, en la que se inscribe al año siguiente pero sin asistir regularmente a clase. Las ausencias a clase se debían al desinterés por un currículum de estudios que había “imaginado diferente”, pero también al consumo cotidiano de cannabis con un grupo de jóvenes de ambos sexos. Una vez abandonada definitivamente la escuela, intentó varios trabajos, que dejaba tras un breve tiempo por “desinterés” o por despidos debido a su poca dedicación. Este estilo de vida siguió así hasta la fecha, centrada cada vez más en el consumo de cannabis y alcohol, promiscuidad heterosexual y homosexual, dificultades alimentarias (episodios anoréxicos y bulímicos de duración variable, pero no muy graves, repetitivas conductas autolesivas (especialmente tajos y quemaduras en antebrazos y rostro). Según

Bárbara, estos últimos sucedían cada vez que “temía ser abandonada, o fui abandonada, por alguno de mis novios o novias”, o cuando “me sentía una asquerosa incapaz de vivir en este mundo”. Las intervenciones clínicas realizadas hasta la fecha fueron discontinuas y aparentemente ineficaces: fugaces contactos con servicios psiquiátricos territoriales y con los servicios de emergencia (SERT), con breves períodos de recuperación en ingresos de urgencia, especialmente por etilismo agudo o autolesiones. Regularmente, cada recuperación se siguió de un período de tratamiento excesivamente breve que Bárbara rechazaba porque, pese a reconocer que estaba mal, siempre ha afirmado “no creer en psiquiatras ni psicólogos”

Anamnesis familiar y personal

Bárbara es la primera hija, tiene un hermano tres años menor que ella, que estudia regularmente. Ambos padres trabajan, permitiendo que la familia tenga un nivel de vida agradable. Ambos gozan de buena salud, aunque la madre ha desarrollado sintomatología depresiva subclínica, a tratamiento con fármacos. La madre afirma “no puedo seguir adelante con una situación como ésta” y, de hecho, encuentra inaceptable el estilo de vida de su hija, y teme por su vida, “debido a las drogas y a las amistades peligrosas”. Como la historia clínica de Bárbara se superpone con la historia de su vida, el resto de información se agregó en el apartado correspondiente.

Valoración diagnóstica

SCID-II

I) TP Borderline

- A. Caracterizado por impulsividad e inestabilidad en relaciones interpersonales, imagen de sí y humor. Debe cumplir con al menos 5 de los siguientes criterios:
- 1. Esfuerzos por evitar el abandono (real o imaginario).**
 - 2. Relaciones inestables e intensas, con desvalorización e idealización.**
 - 3. Identidad, imagen de sí y percepción de sí inestables.**
 - 4. Impulsividad en áreas dañinas para sí.**
 - 5. Amenazas o actos suicidas, autolesiones.**
 - 6. Inestabilidad afectiva, con humor reactivo.**
 - 7. Sentimiento crónico de vacío.**
 - 8. Bajo control de ira intensa e inmotivada.**
 9. Reacción al estrés con síntomas disociativos o ideación paranoide.

II) TP Histriónico

- A. Caracterizado por excesiva emotividad y demanda de atención. Debe cumplir con al menos 5 de los siguientes criterios:
1. No se siente cómodo si no es el centro de atención.
 2. Comportamiento seductor o provocativo.
 - 3. Expresión emocional superficial y voluble.**

4. **Utiliza el aspecto físico para llamar la atención.**
5. **Lenguaje subjetivo y sin matices.**
6. Dramatización, teatralidad y expresión exagerada de emociones.
7. Sugestionable, fácilmente influenciable.
8. Considera las relaciones más íntimas de lo que son.

III) TP Narcisista

- A: Caracterizado por grandiosidad, necesidad de admiración y ausencia de empatía. Son necesarios al menos 5 de los siguientes criterios:
1. Sentido grandioso de sí mismo.
 2. Preocupado por fantasías de éxito, poder y amor imaginarios.
 3. Convicción de ser especial y único, sólo puede relacionarse con personas especiales.
 4. Demandas excesivas de admiración.
 5. Expectativas irrazonables de recibir un trato de favor.
 6. **Manipula y explota a los otros para alcanzar sus propias metas.**
 7. **Ausencia de empatía y no se identifica con los sentimientos de los otros.**
 8. Envidia o cree que le envidian.
 9. Conductas arrogantes o soberbias.

IV) TP Dependiente

- B. Caracterizado por una excesiva necesidad de que se ocupen de uno, comportamiento sumiso y temor a la separación. Son necesarios al menos 5 de los siguientes criterios:
1. Necesidad de consejos y reafirmación en las decisiones cotidianas.
 2. Delega la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
 3. Dificultades para expresar el desacuerdo por temor a la pérdida de aprobación.
 4. Dificultad para iniciar o llevar a cabo proyectos de manera autónoma.
 5. **Va demasiado lejos por su deseo de obtener apoyo y protección, llegando a ofrecerse para tareas desagradables.**
 6. **Incómodo o desamparado cuando está solo, temor a ser incapaz de cuidar de sí mismo.**
 7. **Al romper una relación, busca urgentemente otra relación como nueva fuente de apoyo.**
 8. Preocupación excesiva y no realista por miedo a abandono.

V) TP Antisocial

- A. Caracterizado por incumplimiento de reglas y no respeto a los derechos de los otros, desde los 15 años. Son necesarios al menos 3 de los siguientes criterios:
1. **Fracaso para adaptarse a normas sociales y a la ley.**
 2. Conductas deshonestas y mentiras para beneficio o placer personal.
 3. **Incapaz de planificar; Impulsividad.**
 4. **Irritabilidad y agresividad (peleas físicas y agresiones).**

5. Despreocupación imprudente por su seguridad y la de los demás.

6. Irresponsabilidad laboral y financiera persistente.

7. Ausencia de remordimiento, indiferencia ante el daño causado.

B. Edad mínima, 18 años.

C. Pruebas de Trastorno Disocial (T de Conducta) antes de los 15 años.

VI) Trastorno disocial

A. Caracterizado por violar normas y derechos de las personas propias de la edad. Son necesarios al menos 3 de los siguientes criterios:

AGRESIONES A PERSONAS O ANIMALES

1. Amenazas e intimidación al prójimo.

2. Inicio de peleas físicas.

3. Utilizar un arma con peligro potencial de dañar a otros.

4. Crueldad física con personas.

5. Crueldad física con animales.

6. Robos enfrentándose a la víctima.

7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

DESTRUCCIÓN DE PROPIEDAD

8. Incendios deliberados.

9. Destrucción deliberada de propiedades ajenas.

ROBO O FRAUDE

10. Incursión en edificios o domicilios ajenos.

11. Mentiras para obtener ventajas secundarias.

12. Robos sin enfrentarse a la víctima.

GRAVES VIOLACIONES DE NORMAS (ANTES DE LOS 13 AÑOS)

13. Pernoctar fuera de casa pese a la prohibición de los padres.

14. Fugas nocturnas (al menos dos, o una durante un largo período).

15. Voluntarias y repetidas ausencias a la escuela.

B. Compromiso significativo del funcionamiento social, escolar y laboral.

VII) TP Pasivo-Agresivo (criterios de investigación)

A. Caracterizado por negativismo y resistencia pasiva a demandas razonables de rendimiento. Son necesarios al menos 4 de los siguientes criterios:

1. Resistencia a rendir en la rutina social y laboral.

2. Quejas de incomprensión y de ser despreciado por los demás.

3. Hostilidad y facilidad para discutir.

4. Crítica y desprecio irracionales por la autoridad.

5. Envidia y resentimiento hacia otros aparentemente más afortunados.

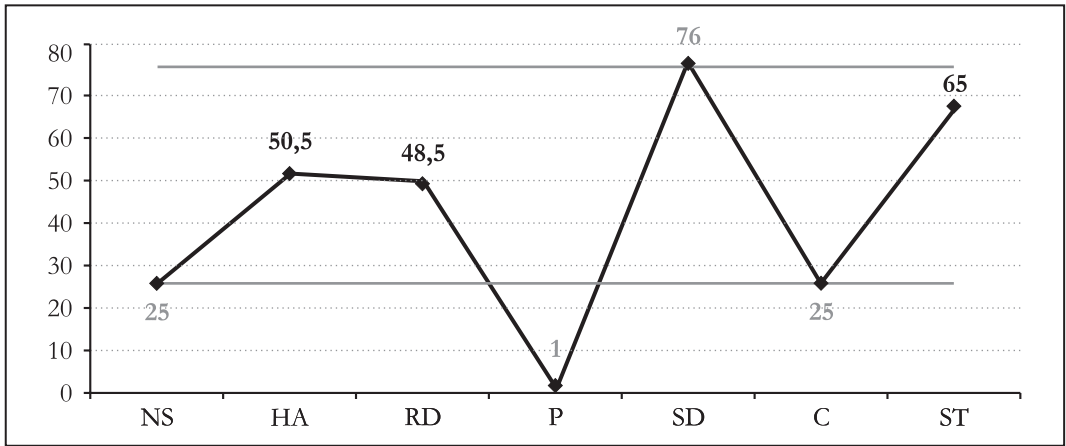
6. Quejas abiertas, exageradas y persistentes sobre su mala suerte.

7. Alternancia de amenazas hostiles y arrepentimiento.

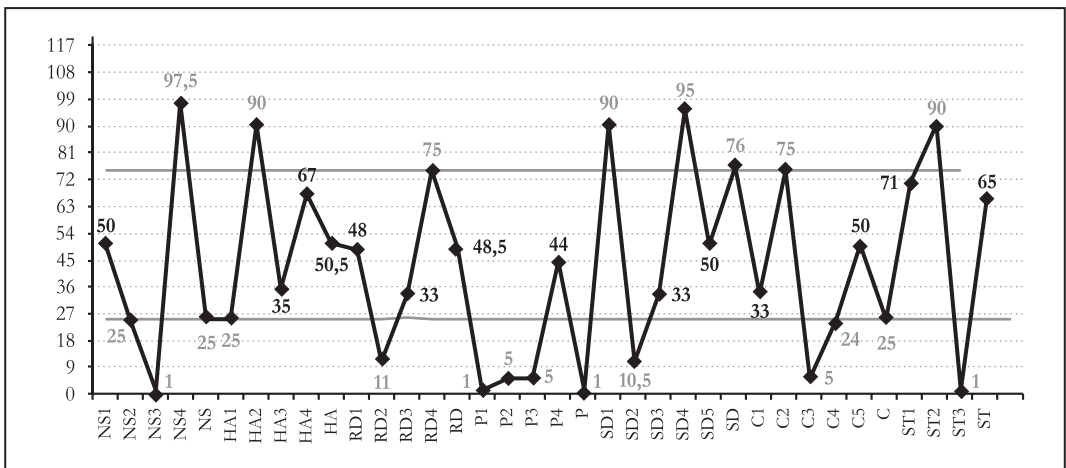
Temperament and Character Inventory (TCI-R)

NS	HA	RD	P	SD	C	ST
NS1 = 33	HA1 = 55	RD1 = 32	P1 = 21	SD1 = 8	C1 = 20	ST1 = 34
NS2 = 37	HA2 = 31	RD2 = 42	P2 = 16	SD2 = 6	C2 = 16	ST2 = 28
NS3 = 34	HA3 = 11	RD3 = 27	P3 = 18	SD3 = 17	C3 = 24	ST3 = 20
NS4 = 23	HA4 = 40	RD4 = 14	P4 = 16	SD4 = 18	C4 = 19	
				SD5 = 23	C5 = 28	
TOT = 127	TOT = 137	TOT = 115	TOT = 71	TOT = 72	TOT = 107	TOT = 82

Perfil TCI-R de Bárbara



Facetas del TCI-R de Bárbara



ASQ

Confianza	25
Incómoda en la intimidad	45
Las relaciones son secundarias	26
Necesidad de aprobación	32
Preocupación por las relaciones	37
Eje de Ansiedad	1,2 (89,4° percentil)
Eje de la evitación	1,7 (95° percentil)

BIS

Impulsividad atencional	29	97,5° percentil
Impulsividad motora	31	90° percentil
Impulsividad por no planificar	32	98° percentil
Total	92	99° percentil

AQ

Agresividad física	42	99° percentil
Agresividad verbal	16	53° percentil
Rabia	31	99° percentil
Hostilidad	40	99° percentil
Total	129	99° percentil

NPI 17, percentil 90. HSNA 34, percentil 95

Comentarios

Diagnóstico estructural

Las relaciones objetales de Bárbara se estructuran alrededor de una identidad extremadamente inestable y desorganizada. Durante la entrevista se percibe una incapacidad para estar en el “*aquí y ahora*” de la relación: mantiene durante algunos minutos la sintonía cognitiva y emocional, pero luego desvía el diálogo hacia problemas aparentemente marginales o hacia un intento de despertar benevolencia en el interlocutor, ya sea con declaraciones y demandas de afecto como mediante provocaciones eróticas groseras. Dentro de esta configuración se perciben manifestaciones de ira exagerada y provocadora, aunque superficial, que luego es desviada hacia la fatuidad y por lo tanto hacia el desarrollo de la relación. La alteración de la identidad de Bárbara parece no estabilizarse, exceptuando períodos muy breves, algo típico de la modalidad de funcionamiento por escisión. En otras palabras, cada configuración de la identidad, y por lo tanto de la relación de objeto, es evanescente, y se va manifestando como una sucesión de momentos escindidos, uno tras otro. Para comprender

cuales son las representaciones que Bárbara atribuye al objeto alcanza con identificar las figuras complementarias a la de la identidad: el objeto va cambiando a lo largo de la entrevista: asegurado, cómplice, víctima, excitado, burlado y temido, y así sucesivamente. Otro aspecto importante en el que se manifiesta la alteración de la identidad es el defecto de la identificación en general: Bárbara dice a veces no saber si es hombre o mujer, y que no sabe si amar a hombres, mujeres o a ambos a la vez. La continua búsqueda de un objeto de amor está inundada de angustia de abandono, y el deseo afectivo se estrella constantemente contra la exasperación del deseo sexual, cargado de fantasías sádicas y de una realidad masoquista. Bárbara pretende controlar y dominar al otro, pero acaba siendo controlada y dominada, incluso abusada sexual y psicológicamente. Esto se debe también al hecho de que la impulsividad, que domina a un Yo extremadamente frágil, no logra actuarse de manera adaptativa: el uso de sustancias y alcohol se mezcla con la necesidad de dependencia, erotización y, en el fondo, masoquismo. Este último se confirma en la necesidad de herirse y quemarse, en los momentos en los cuales la rabia y la humillación se vuelven intolerables. Para completar el cuadro tenemos un Superyo arcaico, extremadamente punitivo y alienante. Las palabras de Bárbara resumen eficazmente su estado mental: “apenas logro pensar, debo salir de mi propia cabeza”. Es como si dijera que cualquier coherencia interna o cualquier conocimiento, son inmediatamente destruidos por la imposibilidad intrínseca de existir. Resumiendo, Bárbara tiene una organización de personalidad Borderline de bajo nivel, equivalente a la personalidad disfórica de Meissner.

Diagnóstico categorial

La entrevista SCID pone en evidencia una configuración diagnóstica compleja, centrada alrededor del TP Borderline prototípico (satisface 8 criterios). Además hay rasgos de TP Histriónico (satisface 3 criterios), TP Narcisista (satisface 3 criterios), TP Antisocial (satisface 3 criterios, aunque cumple con sólo dos criterios de trastorno de conducta) y TP Dependiente (satisface 3 criterios). Además cumple requisitos para diagnóstico de TP pasivo-agresivo (satisface 5 criterios), un TP que actualmente está pendiente de investigación para ser aceptado como tal. Resumiendo, Bárbara tiene un diagnóstico indiscutible de TP Borderline, y probablemente la variedad de rasgos pesquisados durante la entrevista recoja la severa inestabilidad del funcionamiento personalógico.

Perfil dimensional

El perfil del TCI-r parece contradecir lo dicho hasta ahora. Valores bajos en Búsqueda de novedad, con una distribución heterogénea de facetas: se describe a sí misma como extremadamente reservada y sobria y, al mismo tiempo, descontrolada, colérica, sin tolerancia a la frustración y con tendencia al aburrimiento. Se describe como poco impulsiva, pero en el BIS se observan niveles máximos en todas las áreas de la impulsividad. Esta contradicción entre las pruebas puede sugerir errores de comprensión de algunas preguntas u oscilaciones de la representación de sí misma a lo largo de la realización de las pruebas. En Evitación del Daño se encuentra en el percentil 50 (normal), pero los valores muy elevados en la faceta Temor a la incertidumbre indican mucha ansiedad ante lo no familiar o desconocido, con tendencia a elecciones conservadoras. Tiene valores globales intermedios en Dependencia a la recompensa, con un pico negativo en la faceta Apertura a la experiencia, que evidencia un aspecto de frialdad y ausencia de empatía en las relaciones interpersonales. Puntúa muy bajo en Persistencia, con una moderada elevación en la faceta Perfeccionismo. Es sorprendente

que Bárbara tenga puntuaciones altas en Autodirección, aunque los valores en sus facetas lo pueden explicar: puntuaciones altas en Responsabilidad y Aceptación de sí, pero muy bajas en Recursos y Metas. Tiene baja Cooperación, especialmente en la faceta Altruismo. Tiene valores medio-altos en Trascendencia, pero con elevados valores en la faceta Identificación transpersonal y muy bajos en Aceptación espiritual: esto quiere decir que Bárbara se siente motivada para actuar por el bien de la humanidad pero al mismo tiempo es muy materialista. Resumiendo, Bárbara tiene una representación de sí misma muy contradictoria, lo que pone en duda la validez de la prueba. A diferencia de Anna, en quien las contradicciones insinuaban los intentos defensivos de crear representaciones idealizadas de sí misma, en Bárbara, las contradicciones pueden deberse tanto a un escaso conocimiento de sí misma como a las oscilaciones, en tiempo real, a lo largo de la prueba, de las representaciones de sí misma escindidas y evanescentes.

El perfil de Apego que aporta el ASQ muestra una situación de grave inseguridad, tanto en Ansiedad como en Evitación, coherente con lo ya descrito respecto a las profundas dificultades en sus relaciones interpersonales. Análogamente tiene altas puntuaciones en el AQ, que implican una situación de agresividad física, hostilidad e ira. También el narcisismo de esta paciente está comprometido, tanto el manifiesto (overt) como el encubierto (covert): Bárbara muestra la multiplicidad de sus rostros, o bien la inestabilidad de su identidad.

Resumiendo, de los diferentes datos diagnósticos emerge un cuadro grave y complejo, que probablemente, en cuanto tal, compromete la fiabilidad de los datos aportados por las pruebas autoaplicadas. En estos casos, la poca fiabilidad representa un indicador indirecto del diagnóstico.

Caso 3. Carlo

Datos generales

Veintiseis años, soltero, tiene vínculos afectivos esporádicos, no trabaja, vive con los padres.

Motivo de consulta

Acude a consulta por la insistencia de los padres, quienes no están satisfechos con el tratamiento que llevaba a cabo con un psiquiatra que le había estado tratando durante un año con fármacos y psicoterapia. También había hecho un tratamiento comunitario de un año por dependencia a sustancias. Según los padres, la situación lleva mucho tiempo sin que se noten “mejorías significativas”. Es probable que Carlo no consuma sustancias ilegales, pero su vida sigue siendo rutinaria e insatisfactoria: se levanta tarde, pasa todo el día en casa entre la televisión y el sillón, tiene momentos de “pánico” y ataques de ira, especialmente al confrontarse con la madre, a quien considera excesivamente crítica. Carlo atribuye su estado al aislamiento: durante el tratamiento comunitario ha perdido los contactos con los amigos, quienes además, ahora están todos en pareja. Si quisiera encontrar una novia, no sabría donde buscarla. Tampoco sabe qué hacer con el trabajo, en el pasado ya había comenzado e interrumpido varios trabajos. Según refiere, la causa de las interrupciones laborales se debe en parte a su escaso interés en las actividades realizadas, y, en parte, a las dificultades en sus relaciones interpersonales, especialmente por ser muy peleador.

Problemas psicopatológicos recientes

La sintomatología más molesta está representada por la presencia de síntomas subjetivos en los que alternan sentimientos referidos como “depresión, tristeza, vacío, aburrimiento, inutilidad, ira y pánico”. Según los padres, otro problema grave es la incapacidad para gestionar su economía: es incapaz de ahorrar, gasta sin consideración todo lo que la familia le da (se queda inmediatamente sin dinero y no entienden cómo hace a gastarlo). Especialmente la madre, a veces piensa que Carlo sigue consumiendo sustancias. Esta versión es totalmente rechazada por el hijo, quien se queja de recibir poco dinero, que “apenas le alcanza para los gastos pequeños, gasolina, cigarrillos y teléfono...”.

Historia clínica

La recogida de información, tanto de los padres como de Carlo, hace difícil la construcción de una historia lineal exhaustiva. Los padres afirman que “no estaba quieto ni un momento y siempre estaba en aprietos”. En la escuela tenía dificultades para estar atento, con mucha dedicación por parte de los maestros, pero con escasos resultados. Peleaba mucho con los compañeros de clase, llegando a la agresión física por motivos absurdos. Por consejo de sus maestros, es llevado a un psicólogo, quien aparentemente concluyó que había que esperar la evolución de la situación y hablar más adelante. Esto no se produjo nunca, pese a que los problemas continuaron: iba mal en la escuela, repitió dos veces en la escuela secundaria, y sus relaciones con sus pares fueron siempre problemáticas, llegando a tener fama de violento, por las constantes peleas. A los 13 años comenzó a consumir sustancias

ilegales (“fumaba canutos”), de manera cotidiana, a veces sólo, a veces con compañeros conocidos en locales. Durante la adolescencia, mientras asistía irregularmente a un instituto técnico profesional (FP) (que abandonará a los 16 años, tras repetir) comenzó a frecuentar un ambiente de desocupados que vivían de artimañas y que le hicieron probar varios tipos de sustancias ilegales. Después de haber probado un poco de todo, se estabilizó en el uso de cocaína, generalmente con mucho alcohol. Como la cocaína “lo calmaba y le daba lucidez”, la comenzó a utilizar regularmente, aunque “de manera controlada”. Esto hace sospechar la posibilidad de que sus problemas adaptativos tempranos se debieran a la presencia de un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

No es fácil definir en qué medida, además de consumir, ha sido distribuidor: se movía en un ambiente de camellos, ha robado dinero para pagarse la droga y varias veces tuvo serias peleas con maleantes. El problema se descubre tras un control policial que no trajo consecuencias penales, pero que permite a los padres confirmar algo que ya sospechaban.

Anamnesis familiar y personal

Familia de buen nivel socioeconómico. Carlo es el segundo de tres hijos (un hermano 3 años mayor y una hermana un año menor). Los padres gozan de buena salud. La madre refiere “períodos depresivos”, etapas de “estar pasada de vueltas” y generalmente “irritable, nerviosa e intratable”, desde hace mucho tiempo a tratamiento farmacológico y esporádicamente, psicoterapéutico. Los hermanos nunca han tenido problemas psicopatológicos y tienen una relación muy ambivalente con Carlo. Algunos elementos de la anamnesis ya han sido comentados en la historia clínica, por lo que serán resumidos a continuación:

- Distráido e inquieto desde la infancia;
- Dificultades en las relaciones con sus pares (agresividad);
- Dificultades académicas (repite dos veces el secundario y una en FP, y lo deja);
- Experiencias afectivas limitadas (“historias sexuales” y una relación de unos meses en vacaciones);
- Discontinuidad laboral.

Valoración diagnóstica

SCID-II

I) TP Borderline

- A. Caracterizado por impulsividad e inestabilidad en relaciones interpersonales, imagen de sí y humor. Debe cumplir con al menos 5 de los siguientes criterios:
1. Esfuerzos por evitar el abandono (real o imaginario).
 2. **Relaciones inestables e intensas, con desvalorización e idealización.**
 3. **Identidad, imagen de sí y percepción de sí inestables.**
 4. **Impulsividad en áreas dañinas para sí.**
 5. Amenazas o actos suicidas, autolesiones.
 6. **Inestabilidad afectiva, con humor reactivo.**

7. Sentimiento crónico de vacío.
8. Bajo control de ira intensa e inmotivada.
9. Reacción al estrés con síntomas disociativos o ideación paranoide.

II) TP Antisocial

- B. Caracterizado por incumplimiento de reglas y no respeto a los derechos de los otros, desde los 15 años. Son necesarios al menos 3 de los siguientes criterios:
1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales y a la ley.
 2. Conductas deshonestas y mentiras para beneficio o placer personal.
 3. Incapaz de planificar; Impulsividad.
 4. Irritabilidad y agresividad (peleas físicas y agresiones).
 5. Despreocupación imprudente por su seguridad y la de los demás.
 6. Irresponsabilidad laboral y financiera persistente.
 7. Ausencia de remordimiento, indiferencia ante el daño causado.
- B. Edad mínima, 18 años.
- C. Pruebas de Trastorno Disocial (T de Conducta) antes de los 15 años.

III) Trastorno disocial

- A. Caracterizado por violar normas y derechos de las personas propias de la edad. Son necesarios al menos 3 de los siguientes criterios:

AGRESIONES A PERSONAS O ANIMALES

1. Amenazas e intimidación al prójimo.
2. Inicio de peleas físicas.
3. Utilizar un arma con peligro potencial de dañar a otros.
4. Crueldad física con personas.
5. Crueldad física con animales.
6. Robos enfrentándose a la víctima.
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

DESTRUCCIÓN DE PROPIEDAD

8. Incendios deliberados.
9. Destrucción deliberada de propiedades ajenas.

ROBO O FRAUDE

10. Incursión en edificios o domicilios ajenos.
11. Mentiras para obtener ventajas secundarias.
12. Robos sin enfrentarse a la víctima.

GRAVES VIOLACIONES DE NORMAS (ANTES DE LOS 13 AÑOS)

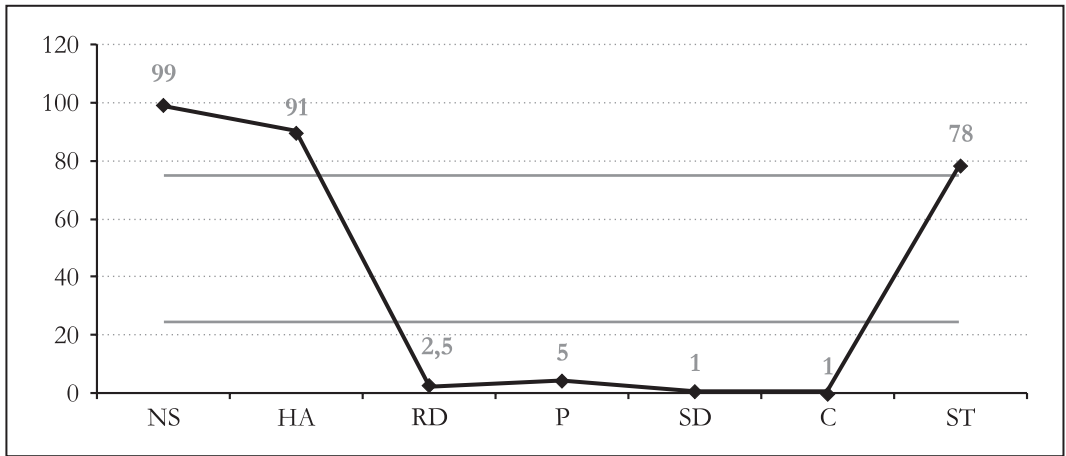
13. Pernoctar fuera de casa pese a la prohibición de los padres.
14. Fugas nocturnas (al menos dos, o una durante un largo período).
15. Repetidas y voluntarias ausencias a la escuela.

- B. Compromiso significativo del funcionamiento social, escolar y laboral.

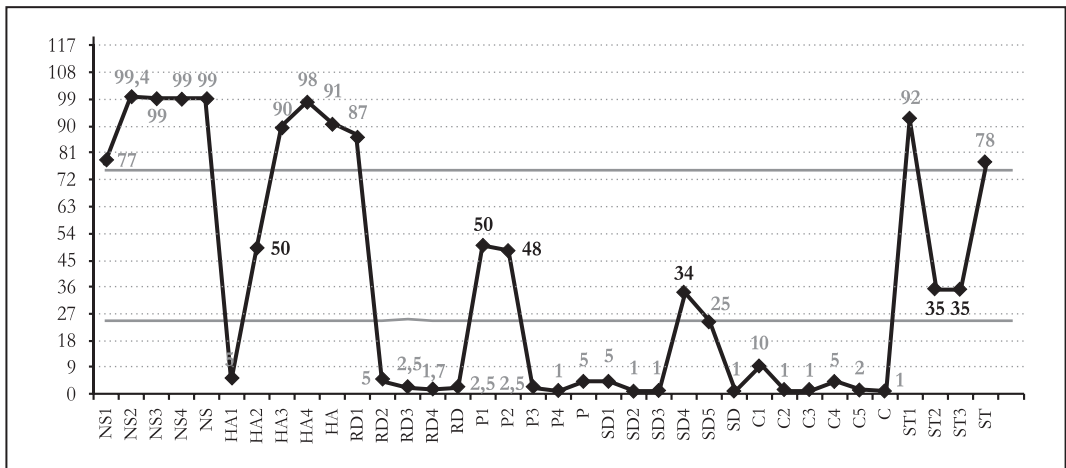
Temperament and Character Inventory (TCI-R)

NS	HA	RD	P	SD	C	ST
NS1 = 33	HA1 = 35	RD1 = 32	P1 = 31	SD1 = 20	C1 = 25	ST1 = 38
NS2 = 43	HA2 = 22	RD2 = 25	P2 = 27	SD2 = 6	C2 = 10	ST2 = 19
NS3 = 43	HA3 = 27	RD3 = 9	P3 = 20	SD3 = 6	C3 = 17	ST3 = 20
NS4 = 29	HA4 = 32	RD4 = 10	P4 = 12	SD4 = 28	C4 = 19	TOT = 77
TOT = 148	TOT = 116	TOT = 76	TOT = 90	SD5 = 35	C5 = 20	
				TOT = 95	TOT = 91	

Perfil TCI-R de Carlo



Facetas TCI-R de Carlo



ASQ

Confianza	22
Incómoda en la intimidad	45
Las relaciones son secundarias	25
Necesidad de aprobación	29
Preocupación por las relaciones	30
Eje de Ansiedad	0,44 (66,5° percentil)
Eje de la evitación	1,80 (95,6° percentil)

BIS

Impulsividad atencional	23	82° percentil
Impulsividad motora	46	99° percentil
Impulsividad por no planificar	35	85° percentil
Total	94	98° percentil

AQ

Agresividad física	31	80° percentil
Agresividad verbal	12	10° percentil
Rabia	19	75° percentil
Hostilidad	29	84° percentil
Total	91	75° percentil

NPI 13, percentil 75; HSNA 29, percentil 75

Comentarios**Diagnóstico estructural**

La calidad de las relaciones objetales se caracteriza por una configuración en la que la representación de sí está bien definida por los adjetivos que Carlo utiliza para definir su estado actual: “depresión, vacío, aburrimiento, inutilidad, rabia y pánico”. Se trata de un sí mismo abandonado al caos de estados mentales negativos, que le impiden relacionarse de una manera positiva con el objeto. Utiliza dos estrategias para mantener alejada esta configuración: inducción artificial de estados mentales positivos mediante el consumo de sustancias y expresar la ira bajo la forma de agresividad activa. En otras palabras, sus alternativas son: soledad dolorosa e incontrolable, bienestar artificial inducido o una relación agresiva.

El funcionamiento del Yo es pasivo, incapaz de tolerar conflictos y frustraciones que gestiona de manera aloplástica impulsiva y agresiva, e incapaz de elaborar internamente tendencias antitéticas contradictorias. Utiliza mecanismos de defensa de bajo nivel, que se expresan en su tendencia a la actuación. Por último, es evidente la ausencia de un Superyo integrado, que manifiesta su cualidad

arcaica en la ausencia de responsabilidad y de sentimiento de culpa respecto a la agresividad, aunque es probable que parte del sufrimiento subjetivo (dentro de la que puede haber una forma rudimentaria de culpa) se deba a un superyo persecutorio.

Resumiendo, Carlo tiene una organización Borderline de personalidad de bajo nivel, según la conceptualización de Kernberg y satisface, en parte, por sus componentes antisociales, los criterios de la personalidad disfórica de Meissner.

Diagnóstico categorial

La entrevista SCID-II pone en evidencia la presencia de un TP Borderline (satisface 6 criterios) y un TP Antisocial (satisface 4 criterios), confirmado por la presencia de un trastorno disocial en la infancia (satisface 4 criterios).

Esta configuración diagnóstica muestra un codiagnóstico muy frecuente: TP Borderline y TP Antisocial. Como se ha explicado en el capítulo de diagnóstico categorial, ambos TP comparten elementos impulsivos y agresivos. En el caso de Carlo está mejor tipificado el TP Borderline, por una serie de razones. En primer lugar, por el tipo de agresividad: emocional en los sujetos Borderline y fría -mayormente física- en los sujetos antisociales. Además, los antisociales hacen de la agresividad su estilo de vida, sin considerar el sufrimiento ajeno y regulando su propio equilibrio a través del daño, sin ningún sentimiento de culpa. El caso de Carlo parece un intento incompleto, mal acabado, de estructuración de una verdadera personalidad antisocial: es agresivo, pero también emocional, no logra desapegarse de sus padres, intenta trabajar -sin éxito-, fracasando incluso en la profesión de antisocial. Es más un consumidor de sustancias que un camello.

Perfil dimensional

El perfil TCI-R se caracteriza claramente por valores extremos: elevadas Búsqueda de novedad y Evitación del daño, y todos los demás valores, exceptuando Trascendencia, muy bajos. Los valores extremadamente bajos de dos dimensiones del carácter (Autodirección y Cooperación) indican una consistente patología de la personalidad, mientras que la combinación de valores de las dimensiones temperamentales (Elevadas Búsqueda de novedad y Evitación del Daño, baja Dependencia de recompensa) sugiere el diagnóstico de TP Borderline. Las facetas muestran dentro de cada dominio una distribución alternante, con poca coherencia interna. Todas las facetas de Búsqueda de novedad están muy altas, exceptuando Excitabilidad exploratoria, en el límite normal máximo. Este aspecto es interesante, pues muestra que Carlo es más “impulsivo, irreflexivo, excéntrico y sin reglas” que “exploratorio”. La excitabilidad exploratoria puede de hecho ser adaptativa, traduciéndose en actividades positivas, mientras que los otros componentes suelen ser poco útiles para la adaptación. En Evitación del daño se observan valores extremadamente bajos en la faceta Ansiedad anticipatoria, que pueden ser interpretados como indicadores indirectos de la tendencia a no preocuparse adecuadamente de los riesgos, y por lo tanto en sintonía con los valores altos de Búsqueda de novedad, y con los valores extremadamente altos en las facetas Timidez (dificultades para relacionarse con extraños) y Fatigabilidad. El perfil de Dependencia de la recompensa también es discontinuo, mostrando altos niveles en la faceta Sentimentalismo que contrastan con puntuaciones muy bajas en las otras facetas. La presencia de puntuaciones muy altas en Sentimentalismo se puede explicar

como una tendencia a representar la sensibilidad a los sentimientos y a las emociones de manera exagerada, atribuyendo al perfil un colorido casi histriónico. Sin embargo se trata de una sensibilidad acentuada de la representación de los sentimientos más que de los sentimientos en sí mismos. El perfil de Persistencia muestra dos facetas muy bajas (Ambición y Perfeccionismo), indicando que Carlo se ve a sí mismo como débil tanto en la autoafirmación como en llevar a cabo sus propósitos. Las dos dimensiones de carácter describen a una persona incapaz de autogestionarse y de tener relaciones interpersonales estables. Por último, es interesante destacar la alta puntuación en una faceta de Trascendencia (Abandono de Sí, semejante a lo que ocurre durante la meditación profunda), aunque no es fácil imaginarse en qué puede llegar a “perdersé” Carlo. Es posible que se refiera en este caso a estados de “ausencia mental” disociativos. En su articulación, el perfil TCI-R sugiere desplazar el diagnóstico más hacia el TP Borderline que hacia el TP Antisocial, especialmente por la intensidad del componente ansioso (Evitación del daño), más típico del perfil Borderline. Los sujetos antisociales tienen puntuaciones extremadamente bajas en este dominio, lo que explica su capacidad de afrontar riesgos y manejar su impulsividad y agresividad con extrema frialdad. Es significativo, el elevado nivel de Sentimentalismo, también típico de la configuración Borderline con tendencias histriónicas.

La escala ASQ muestra un apego inseguro, con fuertes tendencias evitativas, con elevadas puntuaciones en Secundariedad de las relaciones e Incomodidad en la intimidad, que expresa la necesidad de distanciarse de la dependencia, mediante una apariencia de autonomía basada en la actuación impulsiva y agresiva.

El BIS muestra una impulsividad extrema, especialmente la motora (actuar sin pensar), algo típico en los TP Borderline y Antisocial. El perfil de agresividad del AQ muestra un cuadro mixto, que comprende un componente físico, típico de los antisociales, y un componente rabioso, típico de los Borderline.

Por último, se observan elevados niveles de ambos componentes narcisistas (manifiesto y encubierto), en un cuadro compuesto en el que se mezclan la grandiosidad insensible y predatoria del narcisista manifiesto y la inseguridad y necesidad de dependencia del narcisista encubierto.

Caso clínico 4. Daniela

Datos generales

Veintidós años, soltera, estudiante universitaria, vive lejos de casa en la ciudad en la que estudia, no tiene vínculos afectivos estables.

Problemas psicopatológicos recientes

Acude a la consulta tras haber sido ingresada por un episodio maníaco. Según afirma, una vez mejorada la sintomatología afectiva, comienza a notar dificultades psicológicas que aumentan progresivamente: poca concentración, suspensos y “problemas sentimentales” con un muchacho del que se había “enamorado realmente”. Describe un progresivo cuadro “depresivo” caracterizado por labilidad afectiva, cansancio, pérdida de interés, repliegue, pesimismo, insomnio y pérdida de apetito. Insiste particularmente en el insomnio, pues le ha hecho “pasar noches enteras en blanco”. Admite, con mucha vergüenza, haber consumido durante dos semanas sustancias estimulantes, probablemente anfetaminas, que le pasó una amiga que las había utilizado durante años para controlar el peso. Los primeros días de consumo notó mejoría en su estado mental (excepto, obviamente en el sueño y en el apetito), pero actualmente se siente cada vez más “pasada de vueltas” y “saliéndome de mi cabeza”

Historia clínica

Sus problemas psicológicos comenzaron en la adolescencia. De niña se sentía amada y protegida, pero a partir de los 14 comenzó a sentir intensos sentimientos de “aislamiento del mundo” e ira. Según refiere, ese estado fue desencadenado por la tormentosa separación de sus padres, a quienes se sentía muy apegada. Vivió la separación de sus padres como una traición que le generó mucha desilusión respecto al amor. En otras palabras, comenzó a pensar que lo vivido hasta entonces había sido falso, que su felicidad infantil había sido un sueño bonito, pero que sus padres nunca se habían amado de verdad, habían fingido. Efectivamente, las circunstancias de la separación fueron problemáticas: de improviso, el padre deja a la madre, con quien tenía aparentemente una buena relación, declarando haberse enamorado de otra mujer. Desde ese momento, hasta la separación legal y el consiguiente divorcio, el clima entre los padres estaba cargado de intensas peleas, intentando implicar a Daniela desde ambas partes. En realidad, las aguas no se llegaron a calmar nunca, su madre no perdía ocasión para hablarle mal de su ex-marido y quejarse de su infelicidad.

Daniela afirma que intentó independizarse lo antes posible y buscar una relación estable y positiva con un muchacho. En realidad encontró a muchos, con quienes tuvo “historias de sexo más que de amor”, con abandonos inmediatos a los que ha reaccionado mal. Muchas veces ha tomado dosis altas de ansiolíticos, y en tres ocasiones ha “aumentado la dosis para terminar para siempre”. En realidad las dosis no eran tan altas, y los fármacos eran suficientemente seguros, y los casos se resolvieron con lavado gástrico. Luego comenzó a comer en exceso, con atracones que le generaban intenso malestar y culpa, tomando dosis masivas de laxantes.

Pese a las propuestas de dejarse ayudar profesionalmente, especialmente hechas por la madre, Daniela siempre intentó “arreglarse sola”. Tomó de manera discontinua antidepresivos prescritos por un psiquiatra, intentó un par de veces iniciar una psicoterapia, pero las interrumpió enseguida por “sentir desconfianza desde el inicio”. En realidad, admite que siempre tuvo dificultades para aceptar que estaba “enferma”, insistiendo en que todos sus males dependían de sus padres, especialmente del padre, a quien ahora “odia”, pese a sentir intensamente su ausencia. Era su “ídolo”, y no le puede perdonar lo que hizo, pues desde que se separó, ya no ha cuidado más de ella. Según Daniela, el padre sólo se interesa por ella para preguntar por sus estudios y para recordarle que no gaste mucho dinero. Eligió una universidad alejada de su ciudad de origen para intentar desligarse lo más posible de las vivencias familiares y “encontrar su propio camino”.

Anamnesis familiar y personal

Hija única, familia de buen nivel socioeconómico. El padre es un profesional de éxito y la madre siempre estuvo implicada en el trabajo. No se detectan problemas psicopatológicos en la familia, aunque parece que en la familia paterna ha habido casos de “depresión”. Se sospecha que un tío se suicidó, pero nunca se confirmaron los datos. Describe al padre como muy dedicado al trabajo, reservado, por no decir cerrado, y a la madre como inteligente y sensible, aunque con un fondo de permanente ansiedad. Según Daniela la madre no logró nunca “vivir la vida con confianza y lo sucedido en el matrimonio le ha dado la razón”. Daniela, era una niña serena y muy bien adaptada, tanto en casa como en la escuela, aunque en realidad, en la escuela se frustraba fácilmente cuando no se le prestaba la atención que creía merecer: se volvía irritable y peleadora. Por esto nunca tuvo amigos, especialmente mujeres, y tendía a “adherirse a los varones”. El rendimiento académico fue siempre bueno, más por un intenso “sentido del deber” (tenía terror a que le fuera mal) que por interés en el estudio. Pese a las dificultades que comenzaron en su adolescencia, nunca perdió un curso y llegó a la universidad, a la que actualmente acude.

Valoración diagnóstica

SCID-II

I) TP Borderline

- A. Caracterizado por impulsividad e inestabilidad en relaciones interpersonales, imagen de sí y humor. Debe cumplir con al menos 5 de los siguientes criterios:
1. **Esfuerzos por evitar el abandono (real o imaginario).**
 2. **Relaciones inestables e intensas, con desvalorización e idealización.**
 3. **Identidad, imagen de sí y percepción de sí inestables.**
 4. **Impulsividad en áreas dañinas para sí.**
 5. **Amenazas o actos suicidas, autolesiones.**
 6. Inestabilidad afectiva, con humor reactivo.
 7. Sentimiento crónico de vacío.
 8. Bajo control de ira intensa e inmotivada.
 9. Reacción al estrés con síntomas disociativos o ideación paranoide.

II) TP Dependiente

- C. Caracterizado por una excesiva necesidad de que se ocupen de uno, comportamiento sumiso y temor a la separación. Son necesarios al menos 5 de los siguientes criterios:
1. Necesidad de consejos y reafirmación en las decisiones cotidianas.
 2. Delega la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
 3. Dificultades para expresar el desacuerdo por temor a la pérdida de aprobación.
 4. Dificultad para iniciar o llevar a cabo proyectos de manera autónoma.
 5. Va demasiado lejos por su deseo de obtener apoyo y protección, llegando a ofrecerse para tareas desagradables.
 - 6. Incómodo o desamparado cuando está solo, temor a ser incapaz de cuidar de sí mismo.**
 - 7. Al romper una relación, busca urgentemente otra relación como nueva fuente de apoyo.**
 8. Preocupación excesiva y no realista por miedo al abandono.

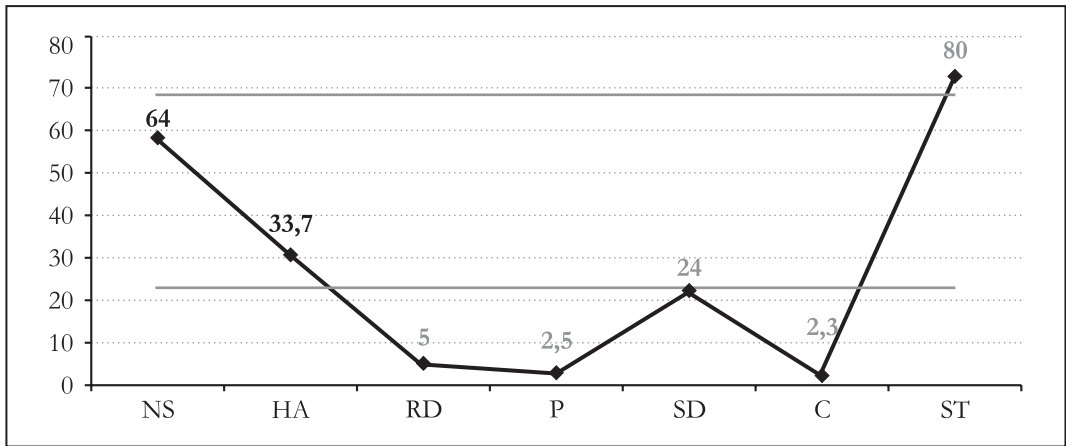
III) TP Evitativo

- A. Caracterizado por inhibición social, sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad al juicio negativo. Son necesarios al menos 4 de los siguientes criterios:
1. Evita trabajos o actividades que impliquen contacto interpersonal, por temor a las críticas, desaprobación o rechazo.
 - 2. Reacio a implicarse con la gente sino tiene la certeza de agradar.**
 3. Inhibición en las relaciones íntimas por temor a ser avergonzado o humillado.
 4. Preocupación por las posibles críticas o rechazo en relaciones sociales.
 5. Inhibición en situaciones interpersonales nuevas, por sentimientos de incapacidad.
 6. Se ve socialmente inepto, poco interesante o inferior a los demás.
 7. Extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades pues las vive como fuente de malestar.

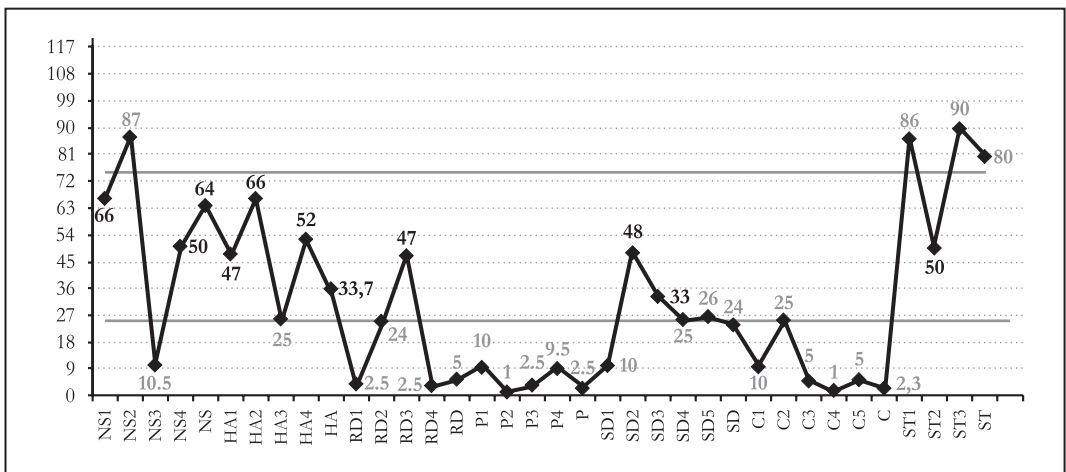
Temperament and Character Inventory (TCI-R)

NS	HA	RD	P	SD	C	ST
NS1 = 22	HA1 = 42	RD1 = 17	P1 = 24	SD1 = 29	C1 = 33	ST1 = 36
NS2 = 26	HA2 = 26	RD2 = 32	P2 = 19	SD2 = 13	C2 = 18	ST2 = 20
NS3 = 29	HA3 = 29	RD3 = 20	P3 = 23	SD3 = 11	C3 = 29	ST3 = 29
NS4 = 17	HA4 = 34	RD4 = 22	P4 = 16	SD4 = 30	C4 = 30	
				SD5 = 32	C5 = 31	
TOT = 94	TOT = 131	TOT = 91	TOT = 82	TOT = 115	TOT = 141	TOT = 85

Perfil TCI-R de Daniela



Facetas del TCI-R de Daniela



ASQ

Confianza	19
Incómoda en la intimidad	35
Las relaciones son secundarias	15
Necesidad de aprobación	32
Preocupación por las relaciones	33
Eje de Ansiedad	1,34 (91° percentil)
Eje de la evitación	0,67 (57° percentil)

BIS

Impulsividad atencional	19	52° percentil
Impulsividad motora	17	10° percentil
Impulsividad por no planificar	32	90° percentil
Total	68	66° percentil

AQ

Agresividad física	20	66° percentil
Agresividad verbal	12	11° percentil
Rabia	26	97,5° percentil
Hostilidad	30	90° percentil
Total	88	80° percentil

NPI 4; percentil 25. HSNS 35, percentil 97

Comentarios

Diagnóstico estructural

Las relaciones objetales de Daniela se caracterizan por una identidad en la que se reconocen dos aspectos poco integrados entre sí: uno positivo, en el que se representa amada, y otro negativo, en el que se representa como totalmente victimizada. En ambos casos, la cualidad de la representación de sí misma depende de la conducta del objeto con el que se relacione. Es el otro quien puede hacerla completamente feliz o infeliz. En el segundo caso emerge una intensa ira, que no funciona nunca como vía de salida y autonomía, sino que se vuelve contra sí misma de manera masoquista, con la ayuda de una impulsividad no controlada. Se trata de una configuración relacional dependiente infantil, de un objeto en cuyas manos deja su propia vida y de quien pretende que haga el uso deseado. Junto a la dependencia, y a la consiguiente idealización como fuente de felicidad, aparece la necesidad de controlar al objeto, al que le exige sólo aquello que considera bueno, sin dejarle elección. Es como si un niño reclamara a sus padres un amor incondicional (y es lógico que sea así) pero exigiendo que siempre sea según las necesidades y medidas del niño mismo, ante las cuales los padres deberían ser asertivos. Pese a esta configuración problemática, Daniela presenta áreas de buen funcionamiento en las que se adapta a la realidad con autonomía, probablemente por tener un Superyo que, además de ser normativo, da algo de cohesión a su identidad. Mejor dicho, Daniela da sentido y cohesión a su propia vida de manera suficientemente autónoma sólo cuando se fía de la función normativa superyoica, que le permite funcionar con un aparato defensivo más neurótico que Borderline. Resumiendo, Daniela tiene una organización Borderline de personalidad de nivel medio-bajo, con características de la personalidad disfórica de Meissner.

Diagnóstico categorial

La entrevista SCID-II evidencia la presencia de un TP Borderline (satisface 6 criterios), rasgos dependientes (satisface 2 criterios) y evitativos (satisface 1 criterio). La configuración global tiende a una situación en la cual el aspecto más problemático, aunque no necesariamente grave (el caso de Bárbara sí es grave), es la alteración de la identidad. Daniela necesita la relación anaclítica de dependencia para darle cohesión a su identidad, y por otra parte, la dependencia está infiltrada de necesidades y exigencias infantiles, ansiedades de abandono y mucha pasividad.

Perfil dimensional

El perfil TCI-R muestra valores inferiores y superiores a la norma, pero también áreas dentro de los límites normales. Puntúa globalmente con valores medios en Búsqueda de novedad, con discontinuidad en las facetas: se describe muy impulsiva pero a la vez extremadamente reservada y sobria, lejos de cualquier exceso. Puntúa bajo en Evitación del daño, aunque dentro de valores normativos, con un pico en el límite inferior en la faceta Timidez (se define como muy sociable). La puntuación global de Dependencia de recompensa es extremadamente baja, por debajo del umbral, especialmente en las facetas Sentimentalismo y Dependencia. Es evidente la puesta en acto de los mecanismos de defensa de negación y desplazamiento en dos áreas en las que Daniela es particularmente frágil: en los afectos, que la hacen sufrir cuando descubre que son falsos, y en la dependencia, que la hace sufrir si el objeto la abandona. Las dimensiones de carácter representan fielmente la desadaptación de su configuración personalógica: baja Persistencia (incapacidad de continuar con orden), baja Autodirección (atribuye a los otros la responsabilidad de lo que hace con su propia vida) y baja Cooperación (dificultad global para relacionarse con el mundo, especialmente en su egoísmo y oportunismo en las relaciones). Los valores altos en Trascendencia se refieren a la capacidad de abandonarse y olvidarse de sí y a la espiritualidad. Aquí también actúan mecanismos de defensa mediante los cuales Daniela se crea una “buena conciencia” sublimatoria, intentando resolver las tensiones de la vida mediante la espiritualidad y el misticismo.

El perfil del ASQ muestra una grave problemática ansiosa en las relaciones de apego, con elevados niveles de necesidad de aprobación y preocupación por las relaciones.

En el BIS no puntúa alto, excepto en un subtipo de impulsividad (“no planificar”, es decir, mantener la atención sólo en el presente). Sin embargo, en el AQ puntúa alto en ira y hostilidad, relacionadas con el intenso resentimiento afectivo y cognitivo por las injusticias padecidas.

Finalmente, se observa un elevadísimo nivel de narcisismo encubierto (pretensiones de ser importante inundadas de inseguridad), en sintonía con su configuración personalógica estructural y con su división entre pretensión de valorización por una parte, y sentimiento de desvalorización abandonica por la otra.

Caso clínico 5. Enrica

Datos generales

Soltera, veintisiete años, vive sola, trabaja de dependienta en un negocio, no tiene relaciones afectivas estables.

Problemas psicopatológicos recientes

Acude a consulta después de un breve ingreso por una ingesta masiva de psicofármacos (veinte comprimidos de un ansiolítico) y media botella de ginebra. El acto vino motivado por el deseo de “poner fin a una vida insensata” y por el “dolor de no conocer el dolor, ahogándose cada día en la nada”.

Historia clínica

Las primeras dificultades aparecen a los 16 años, cuando expresó su deseo de dejar de estudiar, pero sin mostrar ninguna intención hacia otras direcciones. A petición de sus padres, mantiene algunas entrevistas con una psicóloga, pero lo dejó por “no llegar a nada”. También por la insistencia de sus padres, consultó con un psiquiatra que le diagnostica depresión y le prescribe antidepresivos y ansiolíticos, sin obtener mejoría pese a cambiar varias veces de tratamiento. Enrica se hace dependiente de los ansiolíticos, aunque “manteniendo las dosis controladas”. Progresivamente pasó a tratarse según su criterio, aumentando las dosis de benzodiacepinas pues la hacían “sentirse mejor” (no queda claro qué síntomas aliviaban, puesto que ella misma no se declara ansiosa). Tras interrumpir el colegio definitivamente y sin intentar ningún trabajo, comenzó a hacer una vida más retirada, perdiendo a los pocos compañeros de clase que eran hasta entonces su único mundo social. Pasaba los días leyendo, escuchando música, levantándose tarde y acostándose muy tarde. La situación siguió así hasta que, a los 18 años realiza un acto parasuicida con benzodiacepinas y alcohol: las dosis no pusieron en peligro su vida, pero el hecho reavivó en los padres la insistencia en una intervención clínica. Desde entonces inició una serie de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, que interrumpió en sucesivas ocasiones por ineficacia. Enrica refiere que nunca llegó a perder el sentimiento de “vacío, ausencia de sentido y sensación de absurdo” que progresivamente iba invadiendo su mente y le hacía muy doloroso el vivir. A los 20 años comenzó a trabajar como dependiente en un negocio, con buenos resultados, pero sin mostrar un verdadero interés en su trabajo, al que parecía haberse adaptado mecánicamente. Durante los siguientes años hubo algunos episodios parasuicidas, casi siempre con benzodiacepinas y alcohol, pero una vez con cortes en las venas del antebrazo. Enrica afirma que realiza estos actos cuando “no puede más siendo quien es” y se da cuenta que no ha logrado mejorar de ningún modo. La situación continuó así hasta la fecha, con algunas crisis de ira, generalmente contra los padres, episodios de disforia con excitación e ira e intentos fallidos de establecer relaciones con gente a través de internet. De hecho chatea varias horas diarias. Cuando le cuenta a su hermana que encontró a alguien interesante para conocer, está eufórica durante unos días, pero luego todo vuelve a estar como antes.

Anamnesis familiar y personal

Es la primera de dos, su hermana es dos años menor. Los padres están sanos, él es empleado y la madre fue profesora de secundaria hasta el nacimiento de la segunda hija. No se refieren antecedentes psicopatológicos familiares. De pequeña fue muy solitaria, esquiva, de pocas palabras y relaciones siempre superficiales. Refiere no haber tenido nunca amigas de verdad y que “no sabe bien qué significa el término amistad”. En la escuela fue muy cumplidora pero sin llegar a sentirse implicada en lo que estudiaba, y al darse cuenta que no encontraba sentido al estudio, a los 16 años dejó de ir a clases (liceo científico). A los 20 años comenzó a trabajar como dependienta, manteniendo el trabajo hasta ahora. Dice no estar interesada en su trabajo, que lo hace “sin más”. A los 23 años decide irse a vivir sola, evento en el que sí se implicó, quizás porque sentía que podría llegar a tener “paz”. Tiene una vida retirada, lee mucho, escucha mucha música y aparentemente no tiene vida afectiva ni sexual. Se refiere a estos dos últimos aspectos con cautela, y presupone que tiene una “confusión interior” respecto a su identidad de género. Admite sentirse atraída algunas veces por hombres y otras por mujeres, pero no es posible saber si realmente ha tenido experiencias sexuales. Todo parece ser vivido en la dimensión de lo posible y lo virtual, puesto que cuando se “enfrenta a hechos reales, se disuelve en insensatez”.

Valoración diagnóstica

SCID-II

I) TP Borderline

- A. Caracterizado por impulsividad e inestabilidad en relaciones interpersonales, imagen de sí y humor. Debe cumplir con al menos 5 de los siguientes criterios:
1. Esfuerzos por evitar el abandono (real o imaginario).
 2. Relaciones inestables e intensas, con desvalorización e idealización.
 3. **Identidad, imagen de sí y percepción de sí inestables.**
 4. **Impulsividad en áreas dañinas para sí.**
 5. **Amenazas o actos suicidas, autolesiones.**
 6. **Inestabilidad afectiva, con humor reactivo.**
 7. **Sentimiento crónico de vacío.**
 8. **Bajo control de ira intensa e inmotivada.**
 9. Reacción al estrés con síntomas disociativos o ideación paranoide.

II) TP Esquizoide

- A. Caracterizado por distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional en las relaciones interpersonales. Son necesarios al menos 4 de los siguientes criterios:
1. **Ausencia de placer en las relaciones personales (incluida la familia).**
 2. **Prefiere actividades solitarias.**
 3. Ningún interés en tener experiencias sexuales.

4. Disfruta con pocas o ninguna actividad.
5. Ausencia de amigos íntimos o personas de confianza.
6. Indiferente a los halagos o críticas de los demás.
7. **Frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento afectivo.**

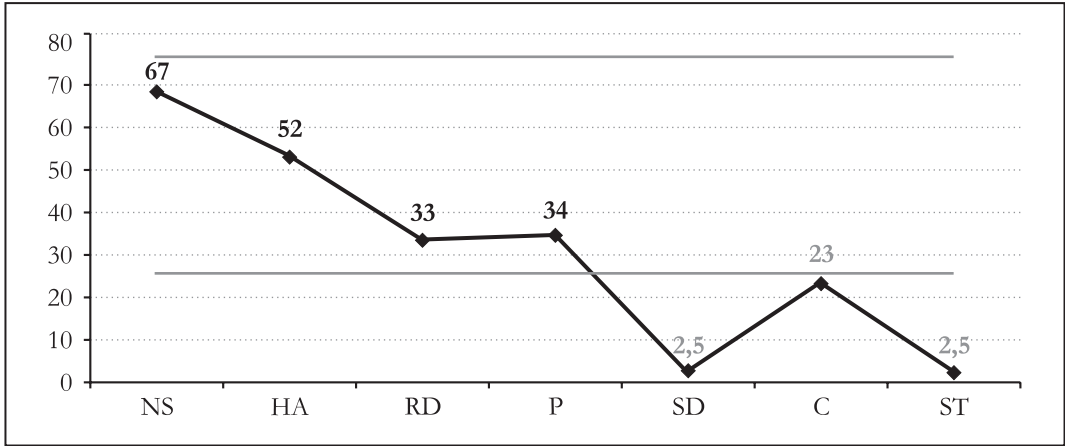
III) TP Obsesivo-compulsivo

- A. Caracterizado por preocupaciones excesivas por el orden, la precisión, el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia. Son necesarios al menos 4 de los siguientes criterios:
1. **Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden y la organización.**
 2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas.
 3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, a expensas del ocio y la amistad.
 4. **Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en ética, moral y valores (no atribuible a cultura ni a religión).**
 5. Incapacidad para tirar objetos gastados o inútiles, aunque no tengan valor afectivo.
 6. Reacio a delegar tareas, a no ser que se sometan a su manera de hacer.
 7. Estilo avaro en gastos, para él y para los demás, acumula dinero para futuras “catástrofes”.
 8. Rigidez y obstinación.

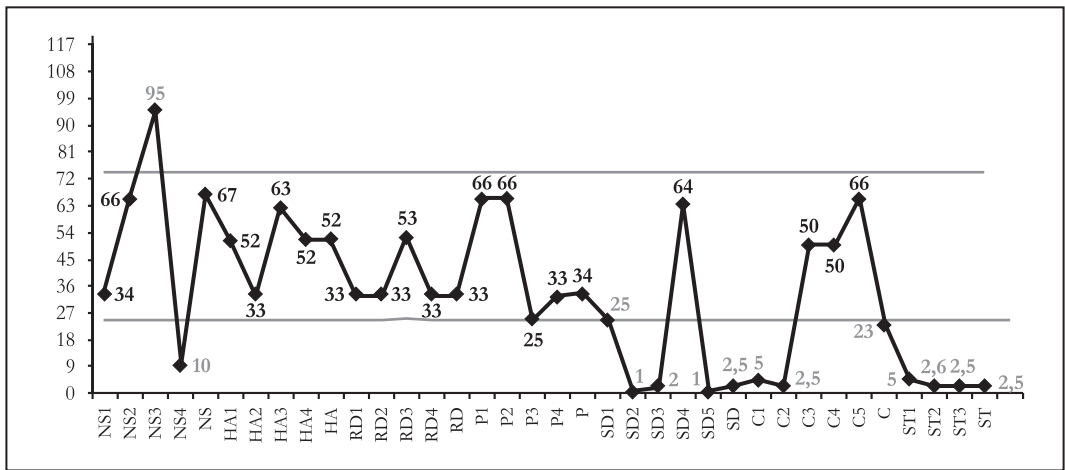
Temperament and Character Inventory (TCI-R)

NS	HA	RD	P	SD	C	ST
NS1 = 28	HA1 = 27	RD1 = 25	P1 = 30	SD1 = 23	C1 = 28	ST1 = 17
NS2 = 28	HA2 = 25	RD2 = 30	P2 = 27	SD2 = 16	C2 = 12	ST2 = 15
NS3 = 23	HA3 = 19	RD3 = 14	P3 = 28	SD3 = 17	C3 = 25	ST3 = 17
NS4 = 21	HA4 = 20	RD4 = 17	P4 = 22	SD4 = 30	C4 = 17	
				SD5 = 37	C5 = 21	
TOT = 100	TOT = 91	TOT = 86	TOT = 107	TOT = 123	TOT = 103	TOT = 49

Perfil TCI-R de Enrica



Facetas TCI-R de Enrica



ASQ

Confianza	25
Incómoda en la intimidad	32
Las relaciones son secundarias	9
Necesidad de aprobación	24
Preocupación por las relaciones	43
Eje de Ansiedad	1,97 (98° percentil)
Eje de la evitación	-0,82 (18° percentil)

BIS

Impulsividad atencional	20	66° percentil
Impulsividad motora	29	93° percentil
Impulsividad por no planificar	37	99° percentil
Total	86	98° percentil

AQ

Agresividad física	21	66° percentil
Agresividad verbal	24	99° percentil
Rabia	31	99° percentil
Hostilidad	20	25° percentil
Total	96	91° percentil

NPI 6, percentil 40. HSNS 30, percentil 77.

Comentarios

Diagnóstico estructural

Las relaciones objetales de Enrica se caracterizan por la presencia de una profunda alteración de la identidad que se expresa en varias áreas: intereses académicos, profesionales y afectivos, con una particular “indecisión” sobre su elección de género sexual. El mundo intrapsíquico está dominado por oscilaciones sostenidas por defensas de control “obsesivo” y de negación de afectos (desapego emocional-afectivo de tipo esquizoide). Es un perfil que caracteriza a la organización Borderline de personalidad, tanto respecto a la representación de sí mismo como a la del objeto, que se traduce en la tendencia a buscar intensas relaciones interpersonales, aunque en este caso se expresa sólo parcialmente. De hecho, la capacidad de control con defensas de colorido neurótico y de desapego, se ven en los cuadros menos desadaptativos desde el plano conductual, aunque eso no impide que el mundo interno de Enrica siga siendo habitado por un vacío dominante e invasor. Es probable que los episodios de puesta en acto sean para huir, al menos ella los percibe como momentos de intensa vitalidad, que le permiten vehicular la ira permanente contra sí misma (que casi siempre está controlada o negada). Como hipótesis se podría decir que los rasgos de odio a sí misma se deben a la ausencia de relaciones afectivas significativas y que los actos autolesivos no son respuestas a eventos estresantes sino momentos de pérdida del equilibrio defensivo. En resumen, Enrica presenta una organización Borderline de personalidad, con aspectos de la personalidad esquizoide y del éxtasis de identidad según la tipología de Meissner.

Diagnóstico categorial

La entrevista SCID-II pone en evidencia la presencia de un TP Borderline (cumple 6 criterios), rasgos de TP Esquizoide (cumple 3 criterios) y de TP Obsesivo-compulsivo (cumple 2 criterios). El perfil diagnóstico parece centrarse alrededor a una alteración de identidad acompañada de un profundo

y continuo sentimiento de vacío, pero sujeto a una capacidad de control “obsesiva”, y a un cuadro emotivo-afectivo que oscila entre la ira intensa y la frialdad e indiferencia, con una tendencia a perder el control a través de la puesta en acto de conductas autolesivas.

Perfil dimensional

El perfil TCI-R muestra valores dentro de la normalidad en las dimensiones de temperamento, pero valores por debajo del umbral en las dimensiones de carácter. Un análisis de las facetas muestra fundamentalmente valores contrastantes en Búsqueda de novedad (muy alto en Extravagancia y muy bajo en Desorden) que describe claramente dos aspectos contradictorios: por una parte la tendencia a vivir cada experiencia de manera exagerada, sin reservas y llegando al exceso; y por otra la tendencia a ser controlada, metódica y capaz de tolerar la frustración. Los valores normales en Persistencia (algo elevados en las facetas Tenacidad y Laboriosidad) concuerdan con la tendencia al control ya descrito. Puntúa globalmente muy bajo, por no decir cero, en Autodirección, siendo extremadamente problemática en las facetas de Metas, Recursos y Hábitos, poniendo más en relieve una percepción de sí misma sin vida interior rica, energía motivacional y sin capacidad de auto-realizarse (tiende más bien a auto-controlarse). Los valores bajos en Dependencia a la recompensa muestran las complicaciones de sus relaciones interpersonales. Son especialmente problemáticas las puntuaciones bajas en las facetas Sentimentalismo y Apertura a la experiencia, que implican desapego, frialdad y extrañeza. Enrica es poco capaz de implicarse en relaciones sociales, prefiriendo mantener la distancia, y muestra muy poca implicación emocional. Finalmente, puntúa muy bajo en todas las facetas de Trascendencia, mostrando la tendencia a vivir de una manera muy concreta y objetiva, tanto en las relaciones con los demás como con la naturaleza. Resumiendo, Enrica parece tener serios problemas en el plano de la identidad y en el de las relaciones interpersonales, características desadaptativas que intenta mitigar con el auto-control y la frialdad emocional. Todo esto frente a una inclinación temperamental que la impulsa a buscar el exceso.

El ASQ confirma las dificultades interpersonales, mostrando un apego inseguro y elevados niveles de ansiedad ligados a la necesidad de aprobación y a la preocupación por las relaciones.

Las escalas BIS y AQ muestran un aspecto muy distinto: puntuaciones muy elevadas en impulsividad motora y de no planificación (actuar sin pensar y vivir el momento), en agresividad verbal y en ira. Esto deja ver aspectos de la vida emocional y pulsional que no capturó el TCI-r. En otras palabras, en el TCI-r sobresalen los aspectos defensivos de control, mientras que el BIS y el AQ capturan las áreas en las que el control fracasa (por ejemplo, las conductas autolesivas). Finalmente, el perfil narcisista se caracteriza por elevación, no excesiva pero significativa, del narcisismo encubierto.

Bibliografía

- ADLER, G., BUIE, DH. (1979), "Aloneness and Borderline psychopathology: the possible relevance of child developmental issues". In *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 1, pp. 83-96.
- ADLER, G. (1985), *Borderline Psychopathology and its Treatment*. Jason Aronson, Northvale.
- AGRAWAL, H.A, GUNDERSON, J.G., HOLMES, B.M., LYONS-RUTH, K. (2004), "Attachment studies with Borderline patients". In *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 2, pp. 94-104.
- AKHTAR, S., BYRNE, J.P. (1983), "The concept of splitting and its clinical reliance". In *American Journal of Psychiatry*, 140(8), pp. 1013-1016.
- AKHTAR, S., THOMSON, J.A. Jr., (1982), "Overview: narcissistic personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 139 (1), pp. 12-20.
- AKHTAR, S. (1984), "The syndrome of identity diffusion". In *American Journal of Psychiatry*, 141, pp.1381-1385.
- AKISKAL, H.S., CHEN, S.E., DAVIS, G.C., PUZANTIAN, V.R., KASHGARIAN, M., BOLINGER, J.M. (1985), "Borderline: an adjective in search of a noun". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, pp. 41- 48.
- AKISKAL, H.S. (2002), "The bipolar spectrum: the shaping of a new paradigm in psychiatry". In *Current Psychiatry Reports*, 4, pp. 1-3.
- AKISKAL, H.S. (2004), "Demystifying Borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, pp. 401-407.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, III ed. (DSM-III). Tr.it. Masson, Milano 1983.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, III ed. rivista (DSM-III-R). Tr.it. Masson, Milano 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, IV ed. (DSM-IV). Tr.it. Masson, Milano 1996.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, IV ed., Text Revision (DSM-IV-TR). Tr.it. Masson, Milano 2002.
- AMES-FRANKEL, J., DEVLIN, M. J., WALSH, T., STRASSER, T. J., SADIK, C., OLDHAM, J. M., (1992), "Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: Clinical correlates and changes in treatment". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, pp. 90-96.
- ANDREASEN, N.C. (2007), "DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences". In *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1, pp. 108-112.
- ANDREWS, G., POLLOCK, C., STEWART, G. (1989), "The determination of defense style by questionnaire". In *Archives of General Psychiatry*, 46, pp. 455-460.
- ANDREWS, G., SINGH, M., BOND, M. (1993), "The Defense Style Questionnaire". In *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, pp. 246-256.
- ARNSTEN, A.F. (1988), "The biology of being frazzled". In *Science*, 280, pp. 1711-1712.

- ARNTZ, A., APPELS, C., SIESWERDA, S. (2000), "Hypervigilance in Borderline personality disorder: A test with the emotional Stroop paradigm". In *Journal of Personality Disorders*, 14, 4, pp. 366-373.
- ARNTZ, A., MEEREN, M., WESSEL, I. (2002), "No evidence for overgeneral memories in Borderline personality disorder". In *Behaviour Research and Therapy*, 40, 9, pp. 1063-1068.
- ASCHENBACH, T.M. (1966), "The classification of children's psychiatric symptoms: a factor analytic study". In *Psychological Monographs*, 80 (n.615).
- AYERS, W., HASLAM, N., BERNSTEIN, D., TRYON, W. T., & HANDELSMAN, L. (1999), *Categorical vs. dimensional models of personality disorder in substance abusers: A taxometric analysis*. Poster presentato al congresso annuale della American Psychiatric Association, Washington, DC.
- BAGBY, M., COSTA Jr., P.T., WIDIGER, T.A., RYDER, A.G., MARSHALL, M. (2005), "DSM-IV personality disorders and the Five-Factor Model of personality: a multi-method examination of domain- and facet-level predictions". In *European Journal of Personality*, 19, pp. 307-324.
- BALINT, M. (1968), *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. Tavistock, London.
- BALL, S. A., TENNEN, H., POLING, J. C., KRANZLER, H. R., ROUNSAVILLE, B. J. (1997), "Personality, temperament and character dimensions in substance abusers", In *Journal of Abnormal Psychology*, 106, pp. 545-553.
- BARASCH, A., FRANCES, A., HURT, S., CLARKIN, J.F., COHEN, S. (1985), "The stability and distinctness of Borderline personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 1484-1486.
- BARKLEY, R.A. (1997), "Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD". In *Psychological Bulletin*, 121, 1, pp. 65-94.
- BARONE L., "Developmental protective and risk factors in Borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview". In *Attachment and Human Development*, 5, pp.64-77.
- BARONE, L., DEL CORNO, F. (a cura di) (2007), *La valutazione dell'attaccamento adulto*. Raffaello Cortina, Milano.
- BARRATT, E.S. (1994), "Impulsiveness and aggression". In MONAHAN; J., STEADMAN, H.J. (a cura di), *Violence and Mental Disorders: Developments in Risk Assessment*. University of Chicago Press, Chicago, pp. 61-79.
- BARRATT, E.S., STANFORD, M.S. (1995), "Impulsiveness". In COSTELLO, C.G. (a cura di) *Personality Characteristics of the Personality Disordered Client*. New York, Wiley, pp. 91-118.
- BARRATT, E.S., STANFORD, M.S., KENT, T.A., FELTHOUS, A. (1997), "Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression". In *Biological Psychiatry*, 41, pp. 1045-1061.
- BARRATT, E.S., STANFORD, M.S., DOWDY, L., LIEBMAN, M.J., KENT, T.A. (1999), "Impulsive and premeditated aggression: a factor-analysis of self-reported acts". In *Psychiatry Research*, 86, pp. 163-173.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (2004), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano 2006.
- BATTAGLIA, M, OGLIARI, A., ZANONI, A. VILLA, F., CITTERIO, A., BINAGHI, F., FOSSATI, A., MAFFEI, C. (2004), "Children's discrimination of expressions of emotions: relationship with indices of social anxiety and shyness". In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 3, pp. 358-365.

-
- BATTAGLIA, M, OGLIARI, A., ZANONI, A., CITTERIO, A., POZZOLI, U., GIORDA, R., MAFFEI, C., MARINO, C. (2005), "Influence of the serotonin transporter gene and syness on children's cerebral responses to facial expressions". In *Archives of General Psychiatry*, 62, 1, pp. 85-94.
- BAUMAN, Z. (1995), *Life in Fragments: Essays in Postmodern Morality*. Blackwell, Cambridge.
- BAUMAN, Z. (2005), *Liquid Life*. Polity, London.
- BAUMEISTER, R.F. (1986), *Identity: Cultural Change and the Struggle for the Self*. Oxford University Press, New York.
- BAUMEISTER, R.F. (1997), "Identity, Self-concept and Self-esteem". In R. HOGAN, J. JOHNSON E S.BRIGGS (a cura di) *Handbook of Personality Psychology*, Academic Press, San Diego, pp. 681-710.
- BAZANIS, E., ROGERS, R. D., DOWSON, J. H., TAYLOR, P., MEUX, C., STALEY, C. (2002), "Neurocognitive deficits in decision making and planning of patients with DSM-III-R Borderline personality disorder". In *Psychological Medicine*, 32, pp. 1395-1405.
- BEBLO,T, DRIESSEN,M., MERTENS, M., WINGENFELD,K., PIEFKE, M., RULLKOETTER, N., SILVA-SAAVEDRA, A., MENSEBACH, C., REDDEMANN, L., RAU, H., MARKOWITSCH, H.J., WULFE, H., LANGE, W., BEREÄ, C., OLLECH, I., WOERMANN, F.G. (2006), "Functional MRI correlates of the recall of unresolved life events in Borderline personality disorder". In *Psychological Medicine*, pp. 1-12.
- BECK, A.T. (1999), "Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach". In CLONINGER, C.R. (a cura di), *Personality and psychopathology*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 411-429.
- BECKER, D.F., GRILO, C.M., EDELL, W.S., MCGLASHAN, T.H. (2002), "Diagnostic efficiency of Borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults". In *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 2042-2047.
- BECKER, D.F., MCGLASHAN, T.H., GRILO, C.M. (2006), "Exploratory factor analysis of Borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents". In *Comprehensive Psychiatry*, 47, pp. 99-105.
- BELLAK, L., HURVICH, M., GEDIMAN, H.K. (1973), *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics and Normals: a Systematic Study of Conceptual, Diagnostic and Therapeutic Aspects*. John Wiley, New York.
- BEMPORAD, J.R. (1980), "Review of object relations theory in the light of cognitive development". In *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 8, 1, pp. 57-75.
- BENJAMIN, L. S. (1996), "Teoria interpersonale dei disturbi di personalità". In CLARKIN, J.F., LENZEN-WEGER, M.F. (a cura di) *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano 1996, pp. 141-221.
- BERLIN, H.A., ROLLS, E.T., IVERSEN, S.D. (2005), "Borderline Personality Disorder, impulsivity and the orbitofrontal cortex". In *American Journal of Psychiatry*, 162, pp. 2360-2373.
- BERNSTEIN, E.M., PUTNAM F.W. (1986), "Development, reliability, and validity of a dissociation scale". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, pp. 727-735.
- BLACK, D.W, BLUM, N., PFOHL, B., HALE, N. (2004), "Suicidal behaviour in Borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention". In *Journal of Personality Disorders*, 18, 3, pp. 236-239.

- BLAIS, M. A., HILSENROTH, M. J., CHRISTOPHER FOWLER, J., CONBOY, C. A. (1999a), "A Rorschach exploration of the DSM-IV Borderline personality disorder". In *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), pp. 563-572.
- BLAIS, M.A., HILSENROTH, M.J., FOWLER, J.C. (1999b), "Diagnostic efficiency and hierarchical functioning of the DSM-IV Borderline personality disorder criteria". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, pp. 167-173.
- BLANCK, G., BLANCK, R. (1979), *Ego Psychology II: Psychoanalytic Developmental Psychology*. Columbia University Press, New York.
- BLANCHARD, J. J., GANGESTAD, S. W., BROWN, S. A., HORAN, W. P. (2000), "Hedonic capacity and schizotypy revisited: A taxometric analysis of social anhedonia". In *Journal of Abnormal Psychology*, 109, pp. 87-95.
- BLATT, S.J. (1974), "Levels of object representation in anaclitic and introjective depression". In *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, pp. 107-157.
- BLATT, S.J. (1990), "Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implication for psychopathology and psychotherapy". In SINGER, J.L. (a cura di), *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology and Health*. University of Chicago Press, Chicago.
- BLATT, S.J., D'AFFLITTI, J.P., QUINLAN, D.M. (1976), "Experiences of depression in normal young adults". In *Journal of Abnormal Psychology*, 85, pp. 383-389.
- BLATT, S.J., SHICHMAN, S. (1983), "Two primary configurations of psychopathology". In *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, pp. 187-254.
- BLATT, S.J., AUERBACH, J.S. (1988), "Differential cognitive disturbances in three types of Borderline patients". In *Journal of Personality Disorders*, 2, pp. 198-211.
- BLATT, S.J., ZOHAR, A.H., QUINLAN, D.M. (1995), "Subscales of attachment within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire". In *Journal of Personality Assessment*, 64, pp. 319-339.
- BOGDAN, R.J. (1997), *Interpreting Minds*. MIT Press, Cambridge.
- BOND, M., GARDNER, S., CHRISTIAN, J., SIEGEL, J. (1983), "Empirical study of self-rated defense styles". In *Archives of General Psychiatry*, 40, pp. 333-338.
- BOND, M. (1990), "Are "Borderline defenses" specific for Borderline personality disorders?" In *Journal of Personality Disorders*, 4, 3, pp. 251-256.
- BOND, M., PARIS, J., ZWEIG-FRANK, H. (1994), "Defense styles and Borderline personality disorder". In *Journal of Personality Disorders*, 8, 1, pp. 28-31.
- BORNSTEIN, R. F. (2001), "A meta-analysis of the dependency-eating-disorders relationship: strength, specificity, and temporal stability". In *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, pp. 151-162.
- BOTWINICK, M. M., BRAVER, T. S., BARCH, D. M., CARTER, C. S., & COHEN, J. D. (2001), "Conflict monitoring and cognitive control". In *Psychological Review*, 108, pp. 624-652.
- BOUCHARD, T.J., LOHELIN, J.C. (2001), "Genes, evolution and personality". In *Behavior Genetics*, 31, 243-273.
- BOWLBY, J. (1973), *Attaccamento e perdita, vol.2: La separazione dalla madre*. Tr.it. Boringhieri, Torino 1983.

-
- BOWLBY, J. (1980), *Attaccamento e perdita*, vol.3: La perdita della madre. Tr.it. Boringhieri, Torino 1983.
- BOWLBY, J. (1988), *Una base sicura*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano 1989.
- BRAMBILLA, P., SOLOFF, P.H., SALA, M., NICOLETTI, M.A., KESHAVAN, M.S., SOARES, J.C. (2004), "Anatomical MRI study of Borderline personality disorder patients". In *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 131, pp. 125-133.
- BRENNAN, K.A., SHAVER, P.R. (1998), "Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving". In *Journal of Personality*, 66, pp. 835-878.
- BREUER, J., FREUD, S. (1892/1895), *Studi sull'Isteria* in *Opere* (vol. 1). Tr.it. Boringhieri, Torino, 1967, pp. 163-439.
- BRODSKY, B.S., MALONE, K.M., ELLIS, S.P., DULIT, R.A., MANN, J.J. (1997), "Characteristics of Borderline personality disorder associated with suicidal behaviour". In *American Journal of Psychiatry*, 154, pp. 1715-1719.
- BRODSKY, B.S., CLOITRE M., DULIT R.A. (1995), "Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in Borderline personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 152, pp.1788-1792.
- BRONOWSKI, J. (1977), "Human and animal languages". In BRONOWSKI, J. (a cura di), *A Sense of the Future*. MIT Press, Cambridge, pp. 104-131.
- BROSTEDT, E.M., PEDERSEN, N.L. (2003), "Stressful life events and affective illness". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, pp. 208-215.
- BRUNNHUBER, S. (2003), "Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms in the Borderline personality". In *American Journal of Psychotherapy*, 53, pp. 460-470.
- BRUSSONI, M.J., JANG, K.L., LIVESLEY, J., MACBETH, T.M.(2000), "Genetic and environmental influences on adult attachment styles". In *Personal Relationships*, 6, pp. 283-289.
- BUSS, A.H, DURKEE, A. (1957), "An inventory for assessing different kinds of hostility". In *Journal of Consulting Psychology*, 21, pp. 343-349.
- BYCHOWSKY, G. (1953), "The problem of latent psychosis". In *Journal of the American Psychoanalytical association*, 1, pp. 484-503.
- CARDILE, A.M. (2007), "Problematiche forensi nei disturbi di personalità: il disturbo narcisistico". Tesi di laurea, Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano.
- CARTER, L., RINSLEY, D.B. (1977), "Vicissitudes of "empathy" in a Borderline adolescent". In *International Review of Psychoanalysis*, 4(3), pp. 317-326.
- CASEY, P.R., TYRER, P. (1990), "Personality disorder and psychiatric illness in general practice". In *British Journal of Psychiatry*, 156, pp. 261-265.
- CASSIN, S.E., VON RANSON K.M. (2005), "Personality and eating disorders: a decade in review". In *Clinical Psychology Review*, 25, pp. 895-916.
- CAVADINI, D. (2007), *Metacognizione: prospettive sulla misurazione di una funzione complessa*. Tesi di laurea, Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano.
- CERVONE, D. (2004), "The architecture of personality". In *Psychological Review*, 111, 1, 183-204.

- CHABROL, H., LEICHSENRING, F. (2006), "Borderline personality organization and psychopathic traits in nonclinical adolescents: Relationships of identity diffusion, primitive defense mechanisms and reality testing with callousness and impulsivity traits". In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(2), pp. 160-170.
- CHATHAM, P.M. (1989), *Treatment of Borderline Personality*. Jason Aronson, Northvale.
- CIANITTO, E.M. (2007), *La valutazione del cambiamento nella personalità: sinergie e discrepanze tra approccio categoriale e dimensionale. Parte I. Tesi di laurea, Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano.*
- CLAES, L., VANDEREYCKEN, W., VERTOMMEN, H. (2002), "Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls". In *Personality and Individual Differences*, 32, pp. 707-714.
- CLARK, L. A. (1993), *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- CLARK, L. A., MCEWEN, J. L., COLLARD, L. M., HICKOK, L. G. (1993), "Symptoms and traits of personality disorder: Two new methods for their assessment". In *Psychological Assessment*, 5, 81-91.
- CLARK, L. A. (1999), "Dimensional approaches to personality disorder assessment and diagnosis". In CLONINGER, C.R. (a cura di), *Personality and Psychopathology*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 219-244.
- CLARKIN, J.F., HULL, J.W., HURT, S.W. (1993), "Factor structure of Borderline personality disorder criteria". In *Journal of Personality Disorders*, 7, pp. 137-143.
- CLARKIN, J.F., KERNBERG, O.F., YEOMANS, F. (1998), *Psicoterapia della personalità Borderline*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano 2000.
- CLIFTON, A., PILKONIS, P.A. (2007), "Evidence of a single latent class of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Borderline personality pathology". In *Comprehensive Psychiatry*, 48, pp. 70-78.
- CLOITRE, M., CANCIENNE, J., BRODSKY, B., DULIT, R., PERRY, S. W. (1996), "Memory performance among women with parental abuse histories: enhanced directed forgetting or directed remembering?". In *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 2, pp. 204-211.
- CLONINGER, C.R., (1987), "A systematic method for clinical description and classification of personality variants". In *Archives of General Psychiatry*, 44, pp. 579-588.
- CLONINGER, C.R., PRZYBECK, T.R., SVRAKIC, D.M., (1993), "A psychobiological model of temperament and character". In *Archives of General Psychiatry*, 50, pp. 975-990.
- CLONINGER, C.R., SVRAKIC, D.M. (1997), "Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment". In *Psychiatry*, 60, pp.120-141.
- CLONINGER, C.R. (1999), *Temperament and Character Inventory – revised*. Center for Psychology of Personality, Washington University, St Louis.
- CLONINGER, C.R. (2002), "Psychobiology and treatment of Borderline personality disorder". In *Acta Neuropsychiatrica*, 14, pp. 60-65.
- COCCARO, E.F. (1989), "Central serotonin and impulsive aggression". In *British Journal of Psychiatry*, 155, pp. 52-62.
- COCCARO, E.F. (1992), "Impulsive aggression and central serotonergic system functions in humans: an example of a dimensional brain-behaviour relationship in humans". In *International Clinical Psychopharmacology*, 7, pp. 3-12.

-
- COCCARO, E.F., BERGEMAN, C.S., MCCLEARN, G.E. (1993), "Heritability of irritable impulsiveness: A study of twins reared together and apart". In *Psychiatry Research*, 48, pp. 229-242.
- CONWAY, K. P., KANE, R. J., BALL, S. A., POLING, J. C., ROUNSAVILLE, B. J. (2003), "Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients". In *Drug and Alcohol Dependence*, 71, pp. 65-75.
- COOPER, A.M. (1998), "Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality disorder". In RONNIGSTAM, E. (a cura di), *Disorders of narcissism: diagnostic, clinical, and empirical implications*. American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 53-74.
- CORNELIUS, J.R., SOLOFF, P.H., PEREL, J.M. (1990), "Fluoxetine trial in Borderline personality disorder". In *Psychopharmacological Bulletin*, 26, pp. 151-154.
- COSTA, P. T. Jr., MCCRAE, R. R. (1992), *Professional Manual: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Psychological Assessment Resources, Odessa.
- COSTA, P.T. Jr., MCCRAE, R.R. (1992), "The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders". In *Journal of Personality Disorders*, 6, pp. 343-359.
- CRAMER, P. (1997), "Identity, personality, and defense mechanisms: An observer-based study". In *Journal of Research in Personality*, 31(1), pp. 58-77.
- CRAMER, P. (1999), "Personality, personality disorders, and defense mechanisms". In *Journal of Personality*, 67, 3, pp. 535-554.
- CRAMER, V., TORGERSEN, S., KRINGLEN, E. (2006), "Personality disorders and quality of life. A population study". In *Comprehensive Psychiatry* 47, 3, pp. 178-184.
- CRAWFORD, T. N., COHEN, P., JOHNSON, J. G., SNEED, J. R., BROOK, J. S. (2004), "The course and psychosocial correlates of personality disorder symptoms in adolescence: Erikson's developmental theory revisited". In *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 5, pp. 373-387.
- CRITCHFIELD, K.L., LEVY, K.N., CLARKIN, J.F. (2004), "The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive-aggression". In *Journal of Personality Disorders*, 18, 6, pp. 550-570.
- DALEY, S.E., BURGE, D., HAMMEN, C., (2000), "Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: addressing issues of specificity". In *Journal of Abnormal Psychology*, 109, pp. 451- 60.
- DE BRUJIN, E.R.A., GROOTENS, K.P., VERKES, R.J., BUCHHOLZ, V., HUMMELEN, J.W., HULSTIJN, W. (2006), "Neural correlates of impulsive responding in Borderline personality disorder: ERP evidence for reduced action monitoring". In *Journal of Psychiatric Research*, 40, pp. 428-437.
- DE FRUYT, F., DE CLERQ, B.J., VAN de WIELE, L., VAN HEERINGEN, K. (2006), "The validity of Cloninger's psychobiological model versus the five-factor model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: domain facet and residualized facet descriptions". In *Journal of Personality*, 74, 2, pp. 479-510.
- DENNETT, D. (1987), *The Intentional Stance*. MIT Press, Cambridge.
- DEPUE, R.A., LENZENWEGER, M.F. (2001), "A neurobehavioral dimensional model". In LIVESLEY, W.J. (a cura di), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*. Guilford Press, New York, pp. 136-176.

- DERRYBERRY, D., REED, M. A. (1994), "Temperament and the self-organization of personality". In *Development and Psychopathology*, 6, pp. 653-676.
- DEUTSCH, H. (1942), "Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia". In *Psychoanalytic Quarterly*, 11, pp. 301-321.
- DEVENS, M., ERICKSON, M. T. (1998), "The relationship between defense styles and personality disorders". In *Journal of Personality Disorders*, 12, 1, pp. 86-93.
- DIAZ-MARSA, M., CARRASCO, J. L., SAIZ, J. (2000), "A study of temperament and personality in anorexia nervosa and bulimia nervosa". In *Journal of Personality Disorders*, 14, pp. 352-359.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A., CARCIONE, A., PROCACCI, M., NICOLO', G. (2006), "Towards a model of self pathology underlying personality disorders: narratives, metacognition, interpersonal cycles and decision-making processes". In *Journal of Personality Disorders*, 20, 6, pp. 597-617.
- DISHION, T.J., ANDREWS, D.W., CROSBY, L. (1995), "Antisocial boys and their friends in early adolescence: relationship characteristics, quality and interational processes". In *Child Development*, 66, 1, pp. 139-151.
- DOLAN, M., DEAKIN, W.J.F., ROBERTS, N., ANDERSON, I. (2002), "Serotonergic and cognitive impairment in impulsive aggressive personality disordered offenders: are there implications for treatment?" In *Psychological Medicine*, 32, pp.105-117.
- DONEGAN, N.H., SANISLOW, C.A., BLUMBERG, H.P., FULBRIGHT, R.K., LACADIE, C., SKUDLARSKI, P., GORE, J.C., OLSON, I.R. MCGLASHAN, T.H., WEXLER, B.E. (2002), "Amygdala hyperreactivity in Borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation". In *Biological Psychiatry*, 54, pp. 1284-1293.
- DOUGHERTY, D.M., BJORK, J. M., HUCKABEE, H. C., MOELLER, F. G., SWANN, A. C. (1999), "Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with Borderline personality disorder". In *Psychiatry Research*, 85, pp. 315-326.
- DOZIER, M., CHASE STOVALL, K., ALBUS, K.E. (1999), "L'attaccamento e la psicopatologia nell'età adulta". In CASSIDY, J., SHAVER, P.R. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento*, Fioriti Editore, Roma, pp. 566-590.
- DRIESSEN, M., HERRMANN, J., STAHL, K., ZWAAN, M., MEIER, S., HILL, A., OSTERHEIDER, M., PETERSEN, D. (2000), "Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with Borderline personality disorder and early traumatization". In *Archives of General Psychiatry*, 57, pp. 1115-22.
- DRIESSEN, M., BEBLO, T., MERTENS, M., PIEFKE, M., RULLKOETTER, N., SILVA- SAAVEDRA, A., REDDEMANN, L., RAU, H., MARKOWITSCH, H.J., WULFF, H., LANGE, W., WOERMANN, F.G. (2004), "Posttraumatic stress disorder and f-mri activation patterns of traumatic memory in patients with Borderline personality disorder". In *Biological Psychiatry*, 55, pp. 603-611.
- DUTTON, D.G., SAUNDERS, K., STARZOMSKI A. (1994), "Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships". In *Journal of Applied and Social Psychology*, 24, pp. 1367-1386.
- DYCE, J. A., O'CONNOR, B. P. (1998), "Personality disorders and the five-factor model: A test of facet-level predictions". In *Journal of Personality Disorders*, 12, pp. 31-45.
- EASSER, R., LESSER, S. (1965), "Hysterical personality: a re-evaluation". In *Psychoanalytic Quarterly*, 34, pp. 390-402.

-
- ELIOT, T.S. (1966), "Il canto d'amore di J.Alfred Prufrock" in *Opere*, tr. it. Bompiani, Milano, 1986, pp. 4-13.
- ERIKSON, E.H. (1956), "The problem of Ego identity". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, pp. 56-121.
- ERIKSON, E.H. (1959), *Identity and the Life Cycle*. International Universities Press, New York.
- FAIRBAIRN, W.R.D. (1954), *An Object-Relations Theory of the Personality*. Basic Books, New York.
- FASSINO, S., ABBATE-DAGA, G., PIERO, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (2001). "Anger and personality in eating disorders". In *Journal of Psychosomatic Research*, 51, pp. 757-764.
- FASSINO, S., ABBATE-DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., BOGGIO, S., ROVERA, G. G. (2002). "Temperament and character profile of eating disorders: A controlled study with the temperament and character inventory". In *International Journal of Eating Disorders*, 32, pp.412-425.
- FAST, I. (1974), "Multiple identities in the Borderline personality organization". In *British Journal of Medical Psychology*, 47, pp. 291-300.
- FEENEY, J.A., NOLLER, P., HANRAHAN, M. (1994), "Assessing adult attachment". In SPERLING, M.B, BERMAN, W.H. (a cura di) *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*. Guilford Press, New York, pp. 128-154.
- FEINSTEIN, A.R. (1970) "Taxonomics. I. Formulation of criteria". In *Archives of Internal Medicine*, 126, 4, pp. 679-693.
- FELDMAN, M.D. (1988), "The challenge of self-mutilation: a review". In *Comprehensive Psychiatry*, 29, pp. 252-269.
- FERTUCK, E.A., LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, J. F. (2005), "The association between attentional and executive functions in the expression of Borderline personality disorder features: a preliminary report". In *Psychopathology*, 38, pp. 75-81.
- FERTUCK, E.A., LENZENWEGER, M.L., CLARKIN, J.F., HOERMAN, S., STANLEY, B. (2006), "Executive neurocognition, memory systems and Borderline personality disorder". In *Clinical Psychology Review*, 26, pp. 346-375.
- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS, J.B.W., BENJAMIN, L., (1994), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*, Version 2.0. Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute, New York.
- FONAGY, P. (2000), "Attachment and Borderline personality disorder". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48,4, pp. 1129-1146.
- FONAGY, P., LEIGH, T., STEELE, M., STEELE, H., KENNEDY, R., MATTOON, G. (1996), "The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 22-31.
- FONAGY, P., TARGET, M. (1996), "Giocare con la realtà. I. Teoria della mente e sviluppo normale della realtà psichica". Tr. it. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano, 2001, pp. 161-189.
- FONAGY, P., TARGET, M., STEELE, M, STEELE, H. (1998), *Reflective-Functioning Manual*, version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews. University College of London, London.

- FONAGY, P., TARGET, M. (1997), "Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé". Tr.it. in Attaccamento e funzione riflessiva. Raffaello Cortina, Milano 2001, pp. 101-133.
- FONAGY, P., TARGET, M. (2000), "Playing with reality. III: The persistence of dual psychic reality in Borderline patients". In International Journal of Psychoanalysis, 81, 5, pp. 853-873.
- FONAGY, P., TARGET, M., GERGELY, G. (2000), "Attachment and Borderline personality disorder: a theory and some evidence". In Psychiatric Clinics of North America, 23, pp. 103-122.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E.L., TARGET, M. (2002), Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2005.
- FOSSATI, A., MAFFEI, C., BAGNATO, M., DONATI, D., NAMIA, C., NOVELLA, L. (1999a), "Latent structure analysis of DSM-IV Borderline personality disorder criteria". In Comprehensive Psychiatry, 40, 1, pp. 72-79.
- FOSSATI, A., MADEDDU, F., MAFFEI, C. (1999b), Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a metanalytic study". In Journal of Personality Disorders, 13, pp. 268-280.
- FOSSATI, A., MAFFEI, C., BAGNATO, M., BATTAGLIA, M., DONATI, D., DONINI, M. (2000). "Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatry sample". In Comprehensive Psychiatry, 41, pp. 206-215.
- FOSSATI, A., MAFFEI, C., BATTAGLIA, M., BAGNATO, M., DONATI, D., DONINI, M., FIORILLI, M., NOVELLA, L. (2001a), "Latent class analysis of DSM-IV schizotypal personality disorder criteria in psychiatric patients". In Schizophrenia Bulletin, 27, 1, pp. 59-71.
- FOSSATI, A., DONATI, D., DONINI, M., NOVELLA, L., BAGNATO, M., MAFFEI, C. (2001b), "Temperament, character and attachment patterns in Borderline personality disorder". In Journal of Personality Disorders, 15, 5, pp. 390-402.
- FOSSATI, A., NOVELLA, L., DONATI, D., DONINI, M., MAFFEI, C. (2002), "History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in Borderline patients". In Comprehensive Psychiatry, 43, 5, pp.369-377.
- FOSSATI, A., BARRATT, E.S., CARRETTA, I., LEONARDI, B., GRAZIOLI, F., MAFFEI, C. (2004), "Predicting Borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness". In Psychiatry Research, 125, pp.161-170.
- FOSSATI, A., CITTERIO, P., GRAZIOLI, F., BORRONI, S., CARRETTA, I., MAFFEI, C., BATTAGLIA, M. (2005), "Taxonic structure of schizotypal personality disorder: a multiple-instrument, multi-sample study based on mixture models". In Psychiatry Research, 15,137, pp. 71-85.
- FOSSATI, A., BARRATT, E., BORRONI, S., VILLA, D., GRAZIOLI, F., MAFFEI, C. (2007), "Impulsivity, aggressiveness and DSM-IV personality disorders". In Psychiatry Research, 149, pp. 157-167.
- FREUD, S. (1922), L'Io e l'Es in Opere (vol.9) Tr.it. Boringhieri, Torino 1977, pp. 471-520.
- FRIEDMAN, R.C., ARONOFF, M.S., CLARKIN, J.F. (1983), "History of suicidal behavior in depressed Borderline patients". In American Journal of Psychiatry, 140, pp. 1023-1026.
- FROSCH, J.P. (1964), "The psychotic character: clinical psychiatric considerations". In Psychiatric Quarterly, 38, pp. 81-96.
- FROSCH, J.P. (1970), "Psychoanalytic considerations of the psychotic character". In Journal of the American Psychoanalytic Association, 18, pp. 24-50.

-
- FUSTER, J. M. (1989), *The prefrontal cortex*. Raven Press, New York.
- FUSTER, J. M. (1995), "Memory and planning: Two temporal perspectives of frontal lobe function". In JASPER, H.H., RIGGIO, S., GOLDMAN-RAKIC, P.S. (a cura di), *Epilepsy and the Functional Anatomy of the Frontal Lobe*. Raven Press, New York, pp. 9-18.
- FYER, M.R., FRANCES, A.J., SULLIVAN, T., HURT, S.W., CLARKIN, J.F. (1988), "Suicide attempts in patients with Borderline personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 145, pp. 737-739.
- GABBARD, G.O. (1989), "Two subtypes of narcissistic personality disorder". In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, pp. 527-532.
- GACONO, C. B., MELOY, J. R., BERG, J. L. (1992), "Object relations, defensive operations, and affective states in narcissistic, Borderline, and antisocial personality disorder". In *Journal of Personality Assessment*, 59(1), pp. 32-49.
- GARDNER, D.L., LIEBENLUFT, E., O'LEARY, K.M., COWDRY, R.W. (1991), "Self-ratings of anger and hostility in Borderline personality disorder". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, pp. 157-161.
- GERGELY, G., CSIBRA, G. (1997), "Teleological reasoning in infancy: the infant's naïve theory of rational action. A reply to Premack and Premack". In *Cognition*, 63, pp. 227-233.
- GERGELY, G. (2000), "Reapproaching Mahler: New perspectives on normal autism, normal symbiosis, splitting and libidinal object constancy from cognitive developmental theory". In *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 48(4), pp. 1197-1228.
- GERSON, J., STANLEY, B. (2002), "Suicidal and self-injurious behaviour in personality disorder: controversies and treatment directions". In *Current Psychiatry Reports*, 4, pp. 30-38.
- GHAEMI, S.N., KO, J.Y., GOODWIN, F.K. (2002), "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, pp. 125-134.
- GIOVACCHINI, P.L. (1975), *Psychoanalysis of Character Disorders*. Aronson, New York.
- GIOVACCHINI, P.L. (1979), *Treatment of Primitive Mental States*. Aronson, New York.
- GOLDEN, R.R., MEEHL, P.E. (1994), "Detection of the schizoid taxon with the MMPI indicators". In *Journal of Abnormal Psychology*, 88, pp. 217-233.
- GOLDSMITH, H.H., ALANSKY, J.A. (1987) "Maternal and infant temperamental predictors of attachment: a meta-analytical review". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 805-16.
- GOLIER, J.A., YEHUDA, R., BIERER, L.M., MITROPOULOU, V., NEW, A.S., SCHMEIDLER, J., SILVERMAN, J.M., SIEVER, L.J. (2003), "The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events". In *American Journal of Psychiatry*, 160, pp. 2018-2024.
- GOODMAN, M., NEW, A. (2000), "Impulsive aggression in Borderline personality disorder". In *Current Psychiatry Reports*, 2, pp. 56-61.
- GOPNICK, A. (1993), "How we know our minds: the illusion of first-person knowledge of intentionality". In *Behavioural and Brain Sciences*, 16, pp. 1-14, 29-113.
- GREENSON, R.R. (1958), "On screen defenses, screen hunger and screen identity". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 6, pp. 242-262.
- GREENSPAN, S.I. (1989), *The Development of the Ego*. International Universities Press, Madison.

- GRILO, C.M., MCGLASHAN, T.H., OLDHAM, J.M. (1998), "Course and stability of personality disorders". In *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, pp. 61-75.
- GRILO, C.M., MCGLASHAN, T.H. (1999), "Stability and course of personality disorders". In *Current Opinion Psychiatry*, 12, pp. 157-162.
- GRILO, C.M., MCGLASHAN, T.H., SKODOL, A.E. (2000), "Stability and course of personality disorders: The need to consider comorbidities and continuities between Axis I psychiatric disorders and Axis II personality disorders". In *Psychiatric Quarterly*, 71, pp.291-307.
- GRILO, C. M., SANISLOW, C. A., SKODOL, A. E., GUNDERSON, J. G., STOUT, R. L., SHEA, M. T., ZANARINI, M.C., BENDER, D.S., MOREY, L.C., DYCK, I.R., McGLASHAN, T.H. (2003a), "Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter". In *International Journal of Eating Disorders*, 33, pp. 155-164.
- GRILO, C. M., SANISLOW, C. A., SHEA, M. T., SKODOL, A. E., STOUT, R. L., PAGANO, M. E., YEN, S., McGLASHAN, T.H. (2003b). "The natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified is not influenced by personality disorders". In *International Journal of Eating Disorders*, 34, pp. 319-330.
- GRILO, C., BECKER, D.F., ANEZ, M.A., MCGLASHAN, T. (2004a), "Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for Borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1, pp. 126-131.
- GRILO, C.M., SANISLOW, C.A., GUNDERSON, J.G., PAGANO, M.E., YEN, S., ZANARINI, M.C., SHEA, M.T., SKODOL, A.E., STOUT, R.L., MOREY, L.C., MCGLASHAN, T.H. (2004b), "Two-year stability and change in schizotypal, Borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, pp. 767-775.
- GRINKER, R.R., WERBLE, B., DRYE, R.C. (1968), *The Borderline Syndrome: a Behavioral Study of Ego Functions*. Basic Books, New York.
- GROTSTEIN, J.S. (1981), *Splitting and Projective Identification*. Jason Aronson, New York.
- GUNDERSON, J.G., SINGER, M.T (1975), "Defining Borderline patients: an overview". In *American Journal of Psychiatry*, 132, pp. 1-10.
- GUNDERSON, J.G., CARPENTER, W.T., STRAUSS, J.S. (1975), "Borderline and schizophrenic patients: a comparative study". In *American Journal of Psychiatry*, 132, pp. 1257-1264.
- GUNDERSON, J.G. (1984), *The Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Association Press, Washington, DC.
- GUNDERSON, J.G., ELLIOTT, G.R. (1985), "The interface between Borderline personality disorder and affective disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 279-288.
- GUNDERSON, J.G. (1987), "Interfaces between psychoanalytic and empirical studies of Borderline personality". In GROTSTEIN, J.S., SOLOMON, M.F., LANG, J.A. (a cura di), *The Borderline Patient*, pp. 37-59, The Analytic Press, Hillsdale/London.
- GUNDERSON, J.G., PHILLIPS, K.A. (1991), "A current view of the interface between Borderline personality disorder and depression". In *American Journal of Psychiatry*, 148, pp. 967-975.

- GUNDERSON, J.G., SHEA, M.T., SKODOL, A.E., MCGLASHAN, T.H., MOREY, L.C., STOUT, R.L., ZANARINI, M.C., GRILO, C.M., OLDHAM, J.M., KELLER, M.B. (2000), "The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics". In *Journal of Personality Disorders*, 14, pp. 300-315
- GUNDERSON, J.G. (2001), *La personalidad Borderline: una guía clínica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2003.
- GUNDERSON, J.G., RONNINGSTAM, E. (2001), "Differentiating narcissistic and antisocial personality disorders". In *Journal of Personality Disorders*, 15, 2, pp. 103-109.
- GUNDERSON, J.G., BENDER, D.S., SANISLOW, C.A., YEN, S., RETTEW, J.B., DOLAN-SEWELL R., DYCK, I., MOREY, L.C., McGLASHAN, T.H., SHEA, M.T., SKODOL, A.E. (2003), "Plausibility and determinants of "sudden" remissions in Borderline patients". In *Psychiatry*, 66, 2, pp. 111-119.
- GUNDERSON, J.G., MOREY, L.C., STOUT, R.L., SKODOL, A.E., SHEA, M.T., MCGLASHAN, T.H., ZANARINI, M.C., GRILO, C.M., SANISLOW, C.A., YEN, S., DAVERSA, M.T., BENDER, D.S. (2004), "Major depressive disorder and Borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, pp. 1049-1056.
- GUNDERSON, J.G., WEINBERG, I., DAVERSA, M.T., KUEPPENBENDER, K.D., ZANARINI, M.C., SHEA, T.M., SKODOL, A.E., SANISLOW, C.A., YEN, S., MOREY, L.C., GRILO, C.M., McGLASHAN, T.H., STOUT, R.L., DYCK, I. (2006), "Descriptive and longitudinal observation on on relationship between Borderline personality disorder and bipolar disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 1173-1178.
- GUNTRIP, H. (1968), *Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self*. International Universities Press, New York.
- HASLAM, N., KIM, H. (2002), "Categories and continua: A review of taxometric research". In *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 128, 3, pp. 271-320.
- HOCH, P., POLATIN, P. (1949), "Pseudoneurotic forms of Schizophrenia". In *Psychiatric Quarterly*, 38, pp. 248-276.
- HATZITASKOS, P., SOLDATOS, C.R., KOKKEVI, A., STEFANIS, C.N. (1999), "Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with Borderline and antisocial personality disorder". In *Comprehensive Psychiatry*, 40, 4, pp. 278-282.
- HAYES, R.D., WELLS, K.B., SHERBOURNE, C.D., ROGERS, W., SPRITZER, K. (1995), "Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illness". In *Archives of General Psychiatry*, 52, pp. 11-19.
- HEARD, J. H., STARTUP, M., SWALES, M., WILLIAMS, J. M. G., JONES, R. S. P. (1999). "Autobiographical memory and dissociation in Borderline personality disorder". In *Psychological Medicine*, 29, pp. 1397-1404.
- HERPERTZ, S.C., DIETRICH, T.M., WENNING, B., KRINGS, T., ERBERICH, S.G., WILLMES, K., THRON, A., SASS, H. (2001), "Evidence of abnormal amygdala functioning in Borderline personality disorder: a functional MRI study". In *Biological Psychiatry*, 50, pp. 292-298.
- HOCHHAUSEN, N.M., LORENZ, A. R., NEWMAN, J. P. (2002), "Specifying the impulsivity of female inmates with Borderline personality disorder". In *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 3, pp. 495-501.
- HOERMANN, S., CLARKIN, J.F., HULL, J.W., LEVY, K.N. (2005), "The construct of effortful control: an approach to Borderline personality disorder heterogeneity". In *Psychopathology*, 38,2, pp. 82-86.

- HOGAN, R., HOGAN, J. (2001), "Assessing leadership: A view from the dark side". In *International Journal of Selection and Assessment*, 9, pp. 40–51.
- HOPWOOD, C.J., MOREY, L.C., GUNDERSON, J.G., SKODOL, A.E., SHEA, M.T., GRILO, C.M., McGLASHAN, T.H. (2006), "Hierarchical relationships between Borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 5, pp.430–439.
- HOWARD, M.O., KIVLAHAN, D., WALKER, R.D. (1997), "Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders". In *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 1, pp. 48-66.
- HOWLAND, R.H., THASE, M.E. (1993), "A comprehensive review of cyclothymic disorder". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, pp. 485-493.
- HUDZIAK, J.J., BOFFELLI, T.J., KRIESMAN, J.J., BATTAGLIA, M.M., STANGER, C., GUZE, S.B. (1996), "Clinical study of the relation of Borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 153, pp. 1598-1606.
- ICD-10 (1994)
- IRLE, E., LANGE, C., SACHSSE, U. (2005), "Reduced size and abnormal asymmetry of parietal cortex in women with Borderline personality disorder". In *Biological Psychiatry*, 57, pp. 173-182.
- ISOMETSA, E.T., HENRIKSSON, M.M., HEIKKINEN, M.E., ARO, H.M., MARITUNEN, M.J., KUOP-PASALMI, K.L., LORNQVIST, J.K. (1996), "Suicide among subjects with personality disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 153, pp. 667-673.
- JACOBSON, E. (1964), *Tr.it. Il Sé e il mondo oggettuale*, Martinelli, Firenze 1974.
- JOHANSEN, M., KARTERUD, S., PEDERSEN, G., GUDE, T., FALKUM, E. (2004), "An investigation of the prototype validity of the Borderline DSM-IV construct". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, pp. 289-298.
- JOHNSON, C., WONDERLICH, S. A. (1992). "Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders". In Crowther, J.H., Tennenbaum, D.L. (a cura di), *The Etiology of Bulimia Nervosa: The individual and familial context*. Kent State University Press, Kent, pp. 179-196.
- JOHNSON, J.G., WILLIAMS, J.B.W., GOETZ, R.R., RABKIN, J.G., REMIEN, R.H., LIPSITZ, J.D., GORMAN, J.M. (1996), "Personality disorders predict onset of axis I disorders and impaired functioning among homosexual men with and at risk of HIV infection". In *Archives of General Psychiatry*, 53, pp. 350-357.
- JOHNSON, D.M., SHEA, M. T., YEN, S., BATTLE, C.L., ZLOTNICK, C., SANISLOW, C.A., GRILO, C.M., SKODOL, A.E., BENDER, D.S., McGLASHAN, T.H., GUNDERSON, J.G., ZANARINI, M.C. (2003), "Gender differences in Borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study". In *Comprehensive Psychiatry*, 44, 4, pp.284-292.
- JØRGENSEN, C.R. (2006), "Disturbed sense of identity in Borderline personality disorder". In *Journal of Personality Disorders*, 20(6), pp. 618-644.
- KATAN, M. (1959), "Comments on 'ego distortion'". In *International Journal of Psychoanalysis*, 40, pp. 297-303.
- KERNBERG, O.F. (1966), "Structural derivatives of object relationships". In *International Journal of Psychoanalysis*, 47, pp. 236-253.

-
- KERNBERG, O.F. (1967), "Borderline personality organization". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, pp. 641-685.
- KERNBERG, O.F. (1971), "Prognostic considerations regarding Borderline personality organization". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19, pp. 595-635.
- KERNBERG, O.F. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Tr.it. Boringhieri, Torino 1978.
- KERNBERG, O.F. (1976), *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*. Tr.it. Boringhieri, Torino 1980.
- KERNBERG, O.F. (1977a), "The structural diagnosis of Borderline personality organization". In Hartocollis, P. (a cura di) *Borderline Personality Disorders: the Concept, the Syndrome, the Patient*. International Universities Press, New York, pp. 87-121.
- KERNBERG, O.F. (1977b), "Structural change and its impediments". In Hartocollis, P. (a cura di) *Borderline Personality Disorders: the Concept, the Syndrome, the Patient*. International Universities Press, New York, pp. 275-306.
- KERNBERG, O.F. (1980), *Mondo interno e realtà esterna*. Tr.it. Boringhieri, Torino 1985.
- KERNBERG, O.F. (1981), "Structural interviewing". In *Psychiatric Clinics of North America*. 4, 1, pp. 169-195.
- KERNBERG, O.F. (1984), *Disturbi gravi della personalità*. Tr.it. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- KERNBERG, O.F. (1992), *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. Yale University Press, New Haven and London.
- KERNBERG, O.F. (1996), "Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità". In CLARKIN, J.F., LENZENWEGER, M.F. (a cura di), *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, pp. 107-139.
- KHAN, M.M. (1960), "Clinical aspects of the schizoid personality: affects and technique". In *International Journal of Psychoanalysis*, 41, pp. 430-437.
- KJELSBURG, E., IKESETH, P.H., DAHL, A.A. (1991), "Suicide in Borderline patients – predictive factors". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, pp. 283-287.
- KLEIN, D. N., SCHWARTZ, J. E. (2002), "The relation between depressive symptoms and Borderline personality disorder features over time in dysthymic disorder". In *Journal of Personality Disorders*, 16, pp. 523-535.
- KLEIN, M. (1946), "Notes on some schizoid mechanisms". In *Envy and Gratitude and Other Works, 1946-1963*, Delacorte Press/Seymour Lawrence 1975, pp.1-24.
- KNIGHT, R.P. (1953), "Borderline states". In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, pp. 1-12.
- KOENIGSBERG, H.W., KAPLAN, R.D., GILMORE, M.M., COOPER, A.M. (1985), "The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients". In *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 207-212.
- KOENIGSBERG, H. W., HARVEY, P. D., MITROPOULOU, V., NEW, A. S., GOODMAN, M., SILVERMAN, J. (2001), "Are the interpersonal and identity disturbances in the Borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity?". In *Journal of Personality Disorders*, 15(4), pp. 358-370.
- KOENIGSBERG, H.W., HARVEY, P.D., MITROPOULOU, V., SCHMEIDLER, J., NEW, A.S., GOODMAN, M., SILVERMAN, J.M., SERBY, M., SCHOPICK, F., SIEVER, L.J., (2002), "Characterizing affective instability in Borderline personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 784-788.

- KOHUT, H. (1977), *La guarigione del Sé*. Tr.it. Boringhieri, Torino 1980.
- KOKKEVI, A., STEFANIS, N., ANASTASOPOULOU, E., KOSTOGIANNI, C. (1998), "Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with Axis I disorders as predictors of treatment retention". In *Addictive Behaviors*, 23, 6, pp. 841-853.
- KORFINE, L., LENZENWEGER, M. F. (1995), "The taxonicity of schizotypy: A replication". In *Journal of Abnormal Psychology*, 104, pp. 26-31.
- KORFINE, L., HOOLEY, J.M. (2000), "Directed forgetting of emotional stimuli in Borderline personality disorder". In *Journal of Abnormal Psychology*, 109, pp. 214-221.
- KRAFFT-EBING VON, R. (1886), *Psychopatia Sexualis*.
- KRANZLER, H.R., SATEL, S., APTER, A. (1994), "Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients". In *Comprehensive Psychiatry*, 35, 5, pp. 335-340.
- KREITMAN, N., PHILIP, A.E., GREER, S., BARGLEY, C.R. (1969), "Parasuicide". In *British Journal of Psychiatry*, 115, pp. 746-747.
- KRUEGER, R.F. (2002), "Psychometric perspectives on comorbidity". In HELZER, J.E., HUDZIAK, J.J. (a cura di), *Defining Psychopathology in the 21st Century: DSM-V and Beyond*. American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 41-54.
- KRUEGER, R.F., TACKETT, J.L. (2003), "Personality and psychopathology: working to the bigger picture". In *Journal of Personality Disorders*, 17, 109-128.
- KULLGREN, B. (1988), "Factors associated with completed suicide in Borderline personality disorder". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, pp. 40-44.
- KULLGREN, G., ARMELIUS, B. (1990), "The concept of personality organization: A long-term comparative follow-up study with special reference to Borderline personality organization". In *Journal of Personality Disorders*, 4, pp. 203-212.
- KUNERT, H.J., DRUECKE, H.W., SASS, H., HERPERTZ, S. (2003), "Frontal lobe dysfunction in Borderline personality disorder? Neuropsychological findings". In *Journal of Personality Disorders*, 17, 6, pp. 497-509.
- JUENGLING, F.D., SCHMAHL, C., HESSLINGER, B., EBERT, D., BREMNER, J.D., GOSTOMZYK, J., BOHUS, M., LIEB, K. (2003), "Positron emission tomography in female patients with Borderline personality disorder". In *Journal of Psychiatric Research*, 37, pp. 109-15.
- LEICHSENRING, F. (1999), "Development and first results of the Borderline personality inventory: A self-report instrument for assessing Borderline personality organization". In *Journal of Personality Assessment*, 73(1), pp. 45-63.
- LEICHSENRING, F. (1999), "Splitting: An empirical study". In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63(4), pp. 520-537.
- LEICHSENRING, F. (2004), "Quality of depressive experiences Borderline personality disorders: differences between patients with Borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization". In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 1, pp. 9-22.
- LENZENWEGER, M.F. (1999), "Stability and change in personality disorder features: findings from a longitudinal study of personality disorders". In *Archives of General Psychiatry*, 56, pp. 1009-1015.

- LENZENWEGER, M. F., KORFINE, L. (1992), "Confirming the latent structure and base rate of schizotypy: A taxometric analysis". In *Journal of Abnormal Psychology*, 101, pp. 567-571.
- LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, J. F., KERNBERG, O. F., FOELSCH, P. A. (2001), "The inventory of personality organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample". In *Psychological Assessment*, 13(4), pp. 577-591.
- LENZENWEGER, M.F., CLARKIN, J.F., FERTUCK, E.A., KERNBERG, O.F. (2004), "Executive neurocognitive functioning and neurobehavioral systems indicators in Borderline personality disorder: a preliminary study". In *Journal of Personality Disorders*, 18, 5, pp. 412-438.
- LESCH, K.P., BENGEL, D., HEILS, A., SABOL, S.Z., GREENBERG, B.D., PETRI, S. (1996), "Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region". In *Science*, 274, pp. 1527-1531.
- LESLIE, A.M. (1994), "toMM, ToBy, and agency: core architecture and domain specificity". In HIRSCHFELD, L.A., GELMAN, S. (a cura di) *Mapping the Mind: Domain Specificity in Cognition and Culture*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 119-148.
- LEVY, K.L., EDELL, W.S., MCGLASHAN, T.H. (2007), "Depressive Experiences in Inpatients with Borderline Personality Disorder". In *Psychiatric Quarterly*, 78, pp. 129-143.
- LEWIS, M.D. (1997), "Personality self-organization: Cascading Constraints on Cognition-Emotion Interaction". In FOGEL, A., LYRA, M. C. D. P., VALSINER, J. (a cura di), *Dynamics and indeterminism in developmental and social processes*. Lawrence Erlbaum Associates.
- LEYTON, M., OKAZAWA, H., DIKSIC, D., PARIS, J., ROSA, P., MZENGEZA, S. (2001), "Brain regional alpha-[11C]methyl-tryptophan trapping in impulsive subjects with Borderline personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 775-782.
- LICHTENSTEIN, H. (1977), *The Dilemma of Human Identity*. Aronson, New York.
- LIEB, K., ZANARINI, M.C., SCHMAHL, C., LINEHAN, M.M., BOHUS, M. (2004), "Borderline personality disorder". In *The Lancet*, 364, pp. 453-461.
- LIEBOWITZ, M.R., KLEIN, D.F. (1981), "Interrelationship of hysteroid dysphoria and Borderline personality disorder". In *Psychiatric Clinics of North America*, 4, pp. 67-87.
- LINEHAN, M.M. (1993a), *Cognitive-Behavioural Therapy of Borderline Personality Disorder*. Guilford, New York.
- LINEHAN, M.M. (1993b), *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. Guilford, New York.
- LINEHAN, M.M. (1995), *Understanding Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York.
- LINKS, P.S., STEINER, M., HUXLEY, G. (1988), "The occurrence of Borderline personality disorder in the families of Borderline patients". In *Journal of Personality Disorders*, 2, pp. 14-20.
- LINKS, P.S., MITTON, J.E., STEINER, M. (1993), "Stability of Borderline personality disorder". In *Canadian Journal of Psychiatry* 38, pp. 255-259.
- LINKS, P.S., HESLEGRAVE, R.J., MITTON, J.E., VAN REEKUM, R., PATRICK, J. (1995), "Borderline psychopathology and recurrences of clinical disorders". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, pp. 582-586.

- LINKS, P.S., HESLEGRAVE, R., VANREEKUM, R. (1998), "Prospective follow-up study of Borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, pp. 365-370.
- LINKS, P.S., HESLEGER, R., VAN REEKUM, R. (1999), "Impulsivity, core aspect of Borderline personality disorder". In *Journal of Personality Disorders*, 13, 1, pp. 1-9.
- LINKS, P.S., BOGGILD, A., SARIN, N. (2000) "Modeling the relationship between affective lability, impulsivity, and suicidal behavior". In *Journal of Psychiatric Practice*, 6, pp. 247-255.
- LIS, E., GREENFIELD, N., HENRY, M., GUILÉ, J.M., DOUGHERTY, J. (2007), "Neuroimaging and genetics of Borderline personality disorder: a review". In *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 32, 3, pp. 162-173.
- LISH, J.D., KAVOUSSI, R.J., COCCARO, E.F. (1996), "Aggressiveness". In COSTELLO, C.G. (a cura di), *Personality Characteristics of the Personality Disordered*. John Wiley, New York, pp. 24-47.
- LIVESLEY, W.J. (1998), "Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137-147.
- LIVESLEY, W.J., JANG, K.L., VERNON, P.A. (1998), "Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder". In *Archives of General Psychiatry*, 55, pp. 941-948.
- LIVESLEY, W.J. (2003), *Practical Management of Personality Disorder*. Guilford, New York.
- LORANGER, A.W., LENZENWENGER, M.F., GARTNER, A.F., SUSSMAN, V.L., HERZIG, J., ZAMIT, G.K. (1991), "Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders". In *Archives of General Psychiatry*, 48, pp. 720-728.
- LUDÄSCHER, P., BOHUS, M., LIEB, K., PHILIPSEN, A., JOCHIMS, A., SCHMAHL, C. (2007) "Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with Borderline personality disorder". In *Psychiatry Research*, 149, pp. 291-296.
- LYNAM, D.R., WIDIGER, T.A. (2001), "Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach". In *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 3, pp.401-412.
- MAFFEI, C. (1993), Il concetto di Borderline: una controversia terminologica, diagnostica, epistemologica. In MAFFEI, C. (a cura di), *Il disturbo Borderline di personalità*. Bollati Boringhieri, Torino, pp. 13-28.
- MAFFEI, C. (1997), "Interpretazione di transfert e relazione interpersonale nella psicoterapia analitica dei disturbi di personalità". In BARONE, L., MAFFEI, C. (a cura di), *Emozione e conoscenza nei disturbi di personalità*, Franco Angeli, Milano, pp. 168-180.
- MAFFEI, C., FOSSATI, A., AGOSTONI, I., BARRACO, A., BAGNATO, M., DONATI, D., NAMIA, C., PETRACHI, M. (1997), "Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II) version 2.0.". In *Journal of Personality Disorders*, 11, 3, pp. 279-284.
- MAFFEI, C. (1998), Il problema clinico delle perversioni sessuali. In GIOMMI, R., PERROTTA, M. (a cura di), *Pedofilia*, Edizioni del Cerro, Tirrenia, pp. 13-21.
- MAFFEI, C., FOSSATI, A. (1999), "The structure of DSM-IV Borderline personality disorder and its implications for treatment". In DERKSEN, J., MAFFEI, C., GROEN, H. (a cura di) *Treatment of Personality Disorders*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, pp. 119-128.

-
- MAFFEI, C. (2001), "Dalla personalità alla psicopatologia della personalità: un problema evolutivo". In Quaderni di psicoterapia cognitiva, 8, pp. 86-101.
- MAFFEI, C. (2002), "Personalità e sviluppo". In MAFFEI, C., BATTAGLIA, M., FOSSATI, A. (a cura di) Personalità, sviluppo e psicopatologia, Laterza, Bari, pp. 3-59.
- MAFFEI, C. (2005a), "Personality disorders: updating problems and perspectives". In Minerva Psichiatrica, 46, pp. 189-197.
- MAFFEI, C. (2005b), "Borderline personality disorder: from clinical heterogeneity to diagnostic coherence". In MAJ, M., AKISKAL, H.S., MEZZICH, J.E., OKASHA, A. (a cura di) Personality Disorders, Wiley, Chichester, pp. 248-250.
- MAFFEI, C., VOLPI, E. (2006), "Personality disorders: where are we coming from?". Relazione presentata al VII European Congress on Personality Disorders, Praga, 7-10 giugno.
- MAGILL, C.A. (2004), "The boundary between Borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges". In Canadian Journal of Psychiatry, 49, pp. 551-556.
- MAHLER, M. (1971), "A study of the Separation-Individuation Process and its possible application to Borderline phenomena in psychoanalytic situation". In Psychoanalytic Study of the Child, 26, pp. 403-424.
- MAHLER, M. (1972), "Rapprochement subphase of the Separation-Individuation Process". In Psychoanalytic Quarterly, 41, pp. 487-562.
- MAHLER, M.S., PINE, F., BERGMAN, A. (1975), The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation. Basic Books, New York.
- MAIN, M. (1991), "Conoscenza metacognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello di attaccamento unitario (coerente) vs modelli di attaccamento multipli (incoerenti): dati e indicazioni per la futura ricerca". Tr. it. In PARKES, C., STEVENSON-HINDE, J., MARRIS, P. (a cura di), L'attaccamento nel ciclo di vita. Il Pensiero Scientifico, Roma, pp. 131-165.
- MAIN, M., GOLDWIN, R. (1994), Adult Attachment Scoring and Classification System. University of California, Berkeley, documento non pubblicato.
- MARCIA, J.E. (1980), "Identity in adolescence". In ADELSON, J. (a cura di), Handbook of Adolescent Psychology. Wiley, New York, pp.159-187.
- MARCIA, J.E., WATERMAN, A.S., MATTESON, D.R., ARCHER, S., ORLOFSKY, J. (1993), Ego Identity: A Handbook for Psychosocial Research. Springer-Verlag, New York.
- MARCIA, J.E. (2006), "Ego identity and personality disorders". In Journal of Personality Disorders, 20(6), pp. 577-596.
- MAREMMANI, I., AKISKAL, H.S., SIGNORETTA, S., LIGUORI, A., PERUGI, G., CLONINGER, C.R. (2005), "The relationship of kraepelinian affective temperaments (as measured by TEMPS-I) to the tridimensional personality questionnaire (TPQ)". In Journal of Affective Disorders, 85, pp. 17-27.
- MARMOR, J. (1953), "Orality in the hysterical personality". In Journal of the American Psychoanalytical Association, 1, pp. 656-671.
- MASTERSON, J.F., RINSLEY, D.B. (1975), "The Borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the Borderline personality". In International Journal of Psychoanalysis, 56, 2, pp. 163-177.

- MAUSS, M. (1950), Saggio sul dono, In Teoria generale della magia. Tr. it. Einaudi, Torino, 1965, pp.???
- MAYES, L.C. (2000), "A developmental perspective on the regulation of arousal states". In *Seminars in Perinatology*, 24, 4, pp. 267-279.
- MCDAVID, J.D., PILKONIS, P.A. (1996), "The stability of personality disorder diagnosis". In *Journal of Personality Disorders*, 10, pp. 1-15.
- MCGLASHAN, T.H. (1983), "The Borderline syndrome. I. Testing three diagnostic systems". In *Archives of General Psychiatry*, 40, pp. 1311-1318.
- MCGLASHAN, T.H. (1985), "Prediction of outcome in BPD". In MCGLASHAN, T.H. (a cura di) *The Borderline: Current Empirical Research*. American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 61-98.
- MCGLASHAN, T.H. (1992), "The longitudinal profile of BPD: Contributions from The Chestnut Lodge Follow-Up Study". In SILVER, D., ROSENBLUTH, M. (a cura di) *Handbook of the Borderline Diagnosis*, International University Press, Madison, pp. 53-83.
- MCGLASHAN, T.H., GRILO, C.M., SKODOL, A.E., GUNDERSON, J.G., SHEA, M.T., MOREY, L.C., ZANARINI, M.C., STOUT, R.L. (2000), "The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, pp. 256-264.
- McGLASHAN, T.H., GRILO, C.M., SANISLOW, C.A., RALEVSKI, E., MOREY, L.C., GUNDERSON, J.G., SKODOL, A.E., SHEA, M.T., ZANARINI, M.C., STOUT, R.L., BENDER, D.S., YEN, S., PAGANO, M. (2005), "Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, Borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 162,5, pp. 883-889.
- McKAY, J.R., RUTHEFORD, M.J., ALTERMAN, A.I., CACCIOLA, J.S., KAPLAN, M.R. (1995), "An examination of the cocaine relapse process". In *Drug and Alcohol dependence*, 38, 1, pp. 35-43.
- MEARES, R., STEVENSON, J., GORDON, E., (1999), "A Jacksonian and biopsychosocial hypothesis concerning Borderline and related phenomena". In *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, pp. 831-840.
- MEEUS, W., IEDEMA, J., HELSEN, M., VOLLEBERGH, W. (1999), "Patterns of adolescent identity development: Review of literature and longitudinal analysis". In *Developmental Review*, 19,4, pp. 419-461.
- MEHLUM, L., FRIIS, S., IRION, T., JOHNS, S., KARTERUD, S., VAGLUM, P., VAGLUM, S. (1991), "Personality disorders 2-5 years after treatment". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, pp. 72-77.
- MEIJER, M., GOEDHART, A.W., TREFFERS, P.D.A. (1998), "The persistence of Borderline personality disorder in adolescence". In *Journal of Personality Disorders*, 12, pp. 13-22.
- MEISSNER, W.W. (1978), *The Paranoid Process*. Jason Aronson, New York.
- MEISSNER, W.W. (1982-1983), "Notes on the potential differentiation of Borderline conditions". In *International Journal of Psychoanalytic psychotherapy*, 9, pp. 3-49.
- MEISSNER, W.W. (1983), "Phenomenology of the Self". In GOLDBERG, A. (a cura di) *The Future of Psychoanalysis*, Jason Aronson, New York, pp. 65-96.
- MEISSNER, W.W. (1984), *The Borderline Spectrum*. Jason Aronson, New York.
- MEYER, B., PILKONIS, P.A., PROIETTI, J.M., HEAPE, C.L., EGAN, M. (2001), "Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course". In *Journal of Personality Disorders*, 15, pp. 371-89.

-
- MEYER, B., PILKONIS, P.A., BEEVERS, C.G. (2004). "What is a (neutral) face? Personality disorders, attachment styles and the appraisal of ambiguous social cues". In *Journal of Personality Disorders*, 18, 40, 320-336.
- MENNINGER, K.A. (1938), *Man Against Himself*. Harcourt Brace, New York.
- MILLER, N.S., BRETT, A., FRIEDMAN, L., HASIN, D.S., GRANT, B., ENDICOTT, J. (1991), "Comments on the natural history of alcohol abuse". In *American Journal of Psychiatry*, 148, 8, pp. 1095-1096.
- MILLER, J. D., LYNAM, D. R., WIDIGER, T. A., LEUKEFELD, C. (2001), "Personality disorders as extreme variants of common personality dimensions: can the five-factor model adequately represent psychopathy?". In *Journal of Personality*, 69, pp. 253-276.
- MILLON, T. (1981), *Disorders of Personality. DSM-III: Axis II*. John Wiley, New York.
- MISCHEL, W., SHODA, Y. (1995), "A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics and invariance in personality structure". In *Psychological Review*, 102, 2, 246-268.
- MODELL, A. (1963), "Primitive object relationships and the predisposition to schizophrenia". In *International Journal of Psychoanalysis*, 44, pp. 282-292.
- MODELL, A. (1975), "A narcissistic defence against affects and the illusion of self-sufficiency". In *International Journal of Psychoanalysis*, 56, pp. 275-282.
- MODESTIN, J., VILLIGER, C. (1989), "Follow-up study on Borderline versus nonBorderline personality disorders". In *Comprehensive Psychiatry*, 30, pp. 236-244.
- MODESTIN, J., OBERSON, B., ERNI, T. (1998), "Identity disturbance in personality disorders". In *Comprehensive Psychiatry*, 39, 6, pp. 352-357.
- MOELLER, F.G., BARRATT, E.S., DOUGHERTY, D.M., SCHMITZ, J.M., SWANN, A.C. (2001), "Psychiatric aspects of impulsivity". In *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 1783-1793.
- MOREY, L.C., ZANARINI, M.C. (2000), "Borderline personality: traits and disorder". In *Journal of Abnormal Personality*, 109, 4, 733-737.
- MOREY, L.C., GUNDERSON, J. G., QUIGLEY, B. D., SHEA, M. T., SKODOL, A. E., MCGLASHAN, T. H. (2002), "The representation of Borderline, avoidant, obsessive-compulsive, and schizotypal personality disorders by the five-factor model". In *Journal of Personality Disorders*, 16, pp. 215-234.
- MOREY, L.C., WARNER, M.B., SHEA, T.M., GUNDERSON, J.G., SANISLOW, C.A., GRILO, C., SKODOL, A.E., McGLASHAN, T.H. (2003). "The representation of four personality disorders by the schedule of nonadaptive and adaptive dimensional model of personality". In *Psychological Assessment*, 15, 3, pp. 326-332.
- MOVALLI, M.G., MADEDDU, F., FOSSATI, A., MAFFEI, C. (1996), "Personality disorders (DSM-III-R, DSM-IV): prevalence in alcoholics and influence on drop-out from treatment". In *Alcologia*, 8,1, pp. 47-52.
- MULDER, R.T., JOYCE, P.R., SELLMAN, J.D., SULLIVAN, P.R., CLONINGER, C.R. (1996), "Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, pp. 99-104.
- MURRAY, C.J.L., LOPEZ, A.D. (a cura di) (1996), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Geneva, World Health Organization, Geneva.

- NACE, E.P. (1989), "Substance use disorders and personality disorders: comorbidity". In *Psychiatric Hospital*, 20, 2, pp. 65-69.
- NACE, E.P., DAVIS, C.W., GASPARI, J.P. (1991), "Axis II comorbidity in substance abuses". In *American Journal of Psychiatry*, 148, 1, pp. 118-120.
- NAKAO, K., GUNDERSON, J.G., PHILLIPS, K.A., TANAKA, N., YORIFUJI, K., TAKAISHI, J., NISHIMURA, T. (1992), "Functional impairment in personality disorders". In *Journal of Personality Disorders*, 6, pp. 24-33.
- NEGRI, L. (2007), *Analisi temporale degli stati mentali nel disturbo Borderline di personalità*. Tesi di laurea, Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano.
- NEW, A.S., GELENTER, J., YOVEL, Y., TRESTMAN, R.L., NIELSEN, D.A., SILVERMAN, J. (1998), "Tryptophan hydroxylase genotype is associated with impulsive-aggression measures: a preliminary study". In *American Journal of Medical Genetics*, 81, pp. 13-17.
- NEW, A.S., HAZLETT, E.A., BUCHSBAUM, M.S., GOODMAN, M., REYNOLDS, D., MITROPOULOU, V., SPRUNG, L., SHAW, R.B., KOENIGSBERG, H., PLATHOLDI, J., SILVERMAN, J., SIEVER, L.J. (2002), "Blunted prefrontal cortical 18fluorodeoxyglucose positron emission tomography response to meta-chlorophenyl-piperazine in impulsive aggression". In *Archives of General Psychiatry*, 59, pp. 621-629.
- NEW, A.S., HAZLETT, E.A., BUCHSBAUM, M.S., GOODMAN, M., KOENIGSBERG, H.W., ISKANDER, L., MITROPOULOU, V., SIEVER, L.J. (2003), "m-CPP PET and impulsive aggression in Borderline personality disorder". In *Biological Psychiatry*, 53, S104.
- NEW, A.S., BUCHSBAUM, M.S., HAZLETT, E.A., GOODMAN, M., KOENIGSBERG, H.W., LO, J., ISKANDER, L., NEWMARK, R., BRAND, J., O' FLYNN, K., SIEVER, L.J. (2004) "Fluoxetine increases relative metabolic rate in prefrontal cortex in impulsive aggression". In *Psychopharmacology*, 176, pp. 451-458.
- NICKELL, A.D., WAUDBY, C.J., TRULL, T.J. (2002), "Attachment, parental bonding and Borderline personality disorder features in young adults". In *Journal of Personality Disorders*, 16, pp. 148-159.
- NORDEN, M.J. (1989), "Fluoxetine in Borderline personality disorder". In *Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13, pp. 885-893.
- NURNBERG, H.G., RASKIN, M., LEVINE, P.E., POLLOCK, S., PRINCE, R., SIEGEL, O. (1989), "BPD as a negative prognostic factor in anxiety disorders". In *Journal of Personality Disorders*, 3, pp. 205-216.
- OGDEN, T.H. (1979), "On projective identification". In *International Journal of Psychoanalysis*, 60, pp. 357-373.
- OLDHAM, J.M., SKODOL, A.E. (2000), "Charting the future of axis II". In *Journal of Personality Disorders*, 14, pp. 17-29.
- OLDHAM, J. M., SKODOL, A. E., KELLMAN, H. D., HYLER, S. E., DOIDGE, N., ROSNICK, L., GALLAHER, P. E. (1995), "Comorbidity of Axis I and Axis II disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 571-578.
- PAGANO, M.E., SKODOL, A.E., STOUT, R.L., SHEA, M.T., YEN, S., GRILO, C.M., SANISLOW, C.A., BENDER, D.S., MCGLASHAN, T.H., ZANARINI, M.C., GUNDERSON, J.G. (2004) "Stressful life events as predictors of functioning: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, pp. 421-429.
- PAOLO (SAN), *Prima Lettera ai Corinzi*. In *La Bibbia di Gerusalemme* (2002), Edizioni Dehoniane, Bologna, pp. 2472-2473.

-
- PARIS, J., BROWN, R., NOWLIS, D. (1987), "Long-term follow-up of Borderline patients in a general hospital". In *Comprehensive Psychiatry*, 28, pp. 530-535.
- PARIS, J., NOWLIS, D., BROWN, R. (1989), "Predictors of suicide in Borderline personality disorder". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, pp. 8-9.
- PARIS, J., ZWEIG-FRANK, H., BOND, M., GUZDER, J. (1996), "Defense styles, hostility, and psychological risk factors in male patients with personality disorders". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 3, pp. 153-158.
- PARIS, J. (1998), *Working with Traits: Psychotherapy of Personality Disorders*. Jason Aronson, Northvale.
- PARIS, J. (1998), "Follow-up studies of BPD: a critical review". In *Journal of Personality Disorders*, 2, pp. 189-197.
- PARIS, J., ZWEIG-FRANK, H. (2001), "A 27-year follow-up of patients with Borderline personality disorder". In *Comprehensive Psychiatry*, 42, pp. 482-487.
- PARIS, J. (2002), "Chronic suicidality among patients with Borderline personality disorder". In *Psychiatric Services*, 53, pp. 738-742.
- PARIS, J., GUNDERSON, J.G., WEINBERG, I. (2007), "The interface between Borderline personality disorder and bipolar disorder spectrum". In *Comprehensive Psychiatry*, 48, pp. 145-154.
- PATRICK, P., HOBSON, R.H., CASTLE, D., HOWARD, R., MAUGHAN, B. (1994), "Personality disorder and the mental representation of early social experience". In *Developmental Psychopathology*, 6, pp. 375-388.
- PATTON, J.H., STANFORD, M.S., BARRATT, E.S. (1994), "Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale". In *Journal of Clinical Psychology*, 51, pp. 768-774.
- PAYEK, E.S. (2003), "Life events and affective disorders". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, pp. 61-66.
- PERRY, J. C., COOPER, S. H. (1986), "A preliminary report on defenses and conflicts associated with Borderline personality disorder". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34,4, pp. 863-893.
- PERRY, J.C. (1993), "Longitudinal studies of personality disorders". In *Journal of Personality Disorders*, 7, pp. 63-85.
- PERRY, J.C., LAVORI, P.W., PAGANO, C.J., HOKE, L., O'CONNELL, M.E. (1992), "Life events and recurrent depression in Borderline and antisocial personality disorders". In *Journal of Personality Disorders*, 6, pp. 394-407.
- PERRY, J. C. (2001), "A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189,10, pp. 651-660.
- PERUGI, G., AKISKAL, H.S. (2002), "The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge eating connection in bipolar II and related conditions". In *Psychiatric Clinic of North America*, 25, pp. 713-737.
- PERUGI, G., TONI, C., TRAVIERSO, M.C., AKISKAL, H.S. (2003), "The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the Borderline bipolar II connection". In *Journal of Affective Disorders*, 73, pp. 87-98.
- POPE H.G., JONAS J.M., HUDSON J.I., COHEN B.M., GUNDERSON J.G. (1983), "The validity of Borderline personality disorder: a phenomenologic, family history, treatment, and long-term follow-up study". In *Archives of General Psychiatry*, 40, pp. 23-30.
- POSNER, M.I., ROTHBART, M.K. (2000). "Developing mechanisms of self-regulation". In *Development and Psychopathology*, 12, pp. 427-441.

- POSNER, M.I., ROTHBART, M.K., VIZUETA, N., LEVY, K.N., EVANS, D.E., THOMAS, K.M., CLARKIN, J.F. (2002). "Attentional mechanisms of Borderline personality disorder". In Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 99, pp. 16366-16370.
- PROJECT MATCH RESEARCH GROUP (1997), "Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes". In Journal of Studies on Alcohol, 58, pp. 7-29.
- PRUYSER, P.W. (1975), "What splits in "splitting"?. In Bulletin of the Menninger Clinic, 39, pp. 1-46.
- RAINE, A., (1993), "Features of Borderline personality and violence". In Journal of Clinical Psychology, 49, pp. 277-281.
- REICH, W. (1933), *Analisi del carattere*. Tr. it. SugarCo, Milano 1975.
- REICH, A. (1953), "Narcissistic object choice in women". In Journal of the American Psychoanalytical Association, 1, pp. 22-44.
- REICH, J., YATES, W., NDUAGUBA, M., (1989), "Prevalence of DSM-III personality disorders in the community". In Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 24, pp. 12-16.
- RETI, I. M., SAMUELS, J. F., EATON, W. W., BIENVENU, O. J., COSTA Jr, P. T., NESTADT, G. (2002), « Influences of parenting on normal personality traits". In Psychiatry Research, 111, pp. 55-64.
- RICH, C.L., RUNESON, B.S. (1992), "Similarities in diagnostic comorbidity between suicide in young people in Sweden and the United States". In Acta Psychiatrica Scandinavica, 86, pp. 335-339.
- ROBBINS, M.D. (1976), "Borderline Personality Organization: the need for a new theory". In Journal of the American Psychoanalytical Association, 24, pp. 831-853.
- ROGERS, J.H., WIDIGER, T.A., KRUPP, A. (1995), "Aspects of depression associated with Borderline personality disorder". In American Journal of Psychiatry, 152, pp. 268-270.
- ROSENBERGER, P.H., MILLER, G.A. (1983), "Comparing Borderline definitions: DSM-III Borderline and schizotypal personality disorders". In Journal of Abnormal Psychology, 98, pp. 161-169.
- ROSENSTEIN, D.S., HOROWITZ, H.A. (1996), "Adolescent attachment and psychopathology". In Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, pp. 244-253.
- ROSS, N. (1967), "The "as-if" personality". In Journal of the American Psychoanalytical Association, 15, pp. 59-82.
- ROTHSCHILD, L., CLELAND, C., HASLAM, N., ZIMMERMANN, M. (2003), "A taxometric study of Borderline personality disorder". In Journal of Abnormal Psychology, 112, 4, pp.657-666.
- RUDE, S.S., BURHAM, B.L. (1995), "Connectedness and neediness: Factors of the DEQ and SAS dependency scales". In Cognitive Therapy and Research, 19, pp. 323-340.
- RUNESON, B.S., BESKOW, J. (1991), "Borderline personality disorder in young Swedish suicides". In Journal of Nervous and Mental Disease, 179, pp.153-156.
- SANFILIPO, M.P. (1994), "Masculinity, femininity, and subjective experience of depression". In Journal of Clinical Psychology, 63, pp. 453-472.
- RUESCH, N., TEBARTZ VAN ELST, L., WILKE, M., THIEL, T., LUDAESCHER, P., HUPPERTZ, H.J., SCHMAHL, C., BOHUS, M., LIEB, K., HESSLINGER, B., HENNIG, J., EBERT, D. (2003), "A voxel-based morphometric MRI study in female patients with Borderline personality disorder". In NeuroImage, 20, pp. 385-392.

-
- RUOCCO, A.C. (2005), "The neuropsychology of Borderline Personality Disorder: a meta-analysis and review". In *Psychiatry Research*, 137, pp. 191-202.
- SACK, A., SPERLING, M.B., FAGEN, G., FOELSCH, P. (1996), "Attachment style, history, and behavioural contrasts for a Borderline and normal sample". In *Journal of Personality Disorders*, 10, pp. 88-102.
- SAMMALLAHTI, P., AALBERG, V. (1995), "Defense style in personality disorders". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(8), pp. 516-521.
- SANISLOW, C. A., MCGLASHAN, T. H. (1998), "Treatment outcome of personality disorders". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, pp. 237-250.
- SANISLOW, C.A., GRILO, C.M., MCGLASHAN, T.H. (2000), "Factor analysis of the DSM-III-R Borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients". In *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 1629-1633.
- SANISLOW, C.A., GRILO, C.M., MOREY, L.C., BENDER, D.S., SKODOL, A.E., GUNDERSON, J.G., SHEA, M.T., STOUT, R.L., ZANARINI, M.C., MCGLASHAN, T.H. (2002a), "Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for Borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study". In *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 254-290.
- SANISLOW, C.A., MOREY, L.C., GRILO, C.M., GUNDERSON, J.G., SHEA, M.T., SKODOL, A.E., STOUT, R.L., ZANARINI, M.C., MCGLASHAN, T.H. (2002b), "Confirmatory factor analysis of DSM-IV Borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, pp. 28-36.
- SAULSMAN, L.M., PAGE, A.C. (2004), "The five-factor model and personality disorders empirical literature: a meta-analytic review". In *Clinical Psychology Review*, 23, pp.1055-1085.
- SHER, K.J., TRULL, T.J. (2002), "Substance use disorder and personality disorder". In *Current Psychiatry Reports*, 4, pp. 25-29.
- SCHERER, K.R., PEPPER, M. (2001), "Psychological theories of emotion and neuropsychological research". In BOLLER, F., GRAFMAN, J. (a cura di), *Handbook of Neuropsychology*, Vol. 5 (Emotional Behaviour and its Disorders), Elsevier, Amsterdam, pp. 17-48.
- SCHMAHL, C.G., VERMETTEN, E., ELZINGA, B.M., BREMNER, J.D. (2003) "Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and Borderline personality disorder". In *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 122, pp. 109-15.
- SCHMAHL, C.G., VERMETTEN, E., ELZINGA, B.M., BREMNER, J.D. (2004a), "A PET study of memories of childhood abuse in Borderline Personality Disorder". In *Biological Psychiatry*, 55, pp. 759-65.
- SCHMAHL, C., GREFFRATH, W., BAUMGARTNER, U., SCHLERETH, T., MAGERL, W., PHILIPSEN, A., LIEB, K., BOHUS, D.M., TREEDE, R.D. (2004b), "Differential nociceptive deficits in patients with Borderline personality disorder and self-injurious behavior: laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings". In *Pain*, 110, pp. 470-479.
- SCHMAHL, C.G., BREMNER, J.D. (2007), "Neuroimaging in Borderline personality disorder". In *Journal of Psychiatric Research*, 40, pp. 419-427.
- SEMERARI, A., CARCIONE, A., DIMAGGIO, G., NICOLO', G., PEDONE, R., PROCACCI, M. (2005), "Metarepresentative functions in Borderline personality disorder". In *Journal of Personality Disorders*, 19, 6, pp. 690-710.

- SENOLO S, DEREBOY C, YUKSEL N. (1997), "Borderline disorder in Turkey: a 2- to 4-year follow-up". In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, pp. 109-112.
- SEROCZYNSKY, A.D., BERGEMAN, C.S., COCCARO, F. (1999), "Etiology of the impulsivity/aggression relationship: genes or environment?" In *Psychiatry Research*, 86, pp. 41-57.
- SHEA, M.T. (1992), "Some characteristics of the axis II criteria sets and their implications for assessment of personality disorders". In *Journal of Personality Disorders*, 6, pp. 377-381.
- SHEA, M.T., STOUT, R., GUNDERSON, J.G., MOREY, L.C., GRILO, C.M., MCGLASHAN, T.H., SKODOL, A.E., DOLAN-SEWELL, R., DYCK, I., ZANARINI, M.C., KELLER, M.B. (2002), "Short term diagnostic stability of schizotypal, Borderline, avoidant and obsessive-compulsive disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 2036-2041.
- SHEA, M.T., STOUT, R.L., YEN, S., PAGANO, M.E., SKODOL, A.E., MOREY, L.C., GUNDERSON, J.G., MCGLASHAN, T.H., GRILO, C.M., SANISLOW, C.A., BENDER, D.S., ZANARINI, M.C. (2004), "Associations in the course of personality disorders and axis I disorders over time". In *Journal of Abnormal Psychology*, 113, pp. 499-508.
- SHEARER, S.L., PETERS, C.P., QUAYTMAN, S., WADMAN, B. (1988), "Intent and lethality of suicide attempts among female Borderline inpatients". In *American Journal of Psychiatry*, 145, pp. 1424-1427.
- SHEARER, S.L. (1994a), "Dissociative phenomena in women with Borderline personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 151, pp. 1324-1328.
- SHEARER, S.L. (1994b), "Phenomenology of self-injury among inpatient women with Borderline personality disorder". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 9, pp. 524-526.
- SKILLING, T. A., HARRIS, G. T., RICE, M. T., QUINSEY, V. L. (2001), "Identifying persistently antisocial offenders using the Hare Psychopathology Checklist and DSM-IV antisocial personality disorder criteria". In *Psychological Assessment*, 14, pp. 27-38.
- SKILLING, T. A., QUINSEY, V. L., CRAIG, W. M. (2001), "Evidence of a taxon underlying serious antisocial behavior in boys". In *Criminal justice and Behavior*, 28, pp. 450-470.
- SKINSTAD, A.H., SWAIN, A. (2001), "Comorbidity in a clinical sample of substance abusers". In *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 1, pp. 45-64.
- SKODOL, A.E., OLDHAM, J.M., GALLAHER, P.E. (1999), "Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 156, pp. 733-738.
- SKODOL, A.E., GUNDERSON, J.G., PFOHL, B., WIDIGER, T.A., LIVESLEY, W.J., SIEVER, L.J. (2002a), "The Borderline diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity and Personality Structure". In *Biological Psychiatry*, 51, pp. 936-950.
- SKODOL, A.E., SIEVER, W.J., LIVESLEY, W.J., GUNDERSON, J.G., PFOHL, B., WIDIGER, T.A. (2002b), "The Borderline diagnosis II: Biology, Genetics and Clinical Course". In *Biological Psychiatry*, 51, pp. 951-963.
- SKODOL, A.E., GUNDERSON, J.G., MCGLASHAN, T.H., DYCK, I.R., STOUT, R.L., BENDER, D.S., GRILO, C.M., SHEA, M.T., ZANARINI, M.C., MOREY, L.C., SANISLOW, C.A. & OLDHAM, J.M. (2002c), "Functional impairment in patients with schizotypal, Borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 276-283.

SKODOL, A.E., PAGANO, M.E., BENDER, D.S., SHEA, M.T., GUNDERSON, J.G., YEN, S., STOUT, R.L., MOREY, L.C., SANISLOW, C.A., GRILO, C.M., ZANARINI, M.C., MCGLASHAN, T.H. (2005a), "Stability of functional impairment in patients with schizotypal, Borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years". In *Psychological Medicine*, 35, 3, pp. 443-451.

SKODOL, A.E., OLDFHAM, J.M., BENDER, D.S., DYCK, I.R., STOUT, R.L., MOREY, L.C., SHEA, M.T., ZANARINI, M.C., SANISLOW, C.A., GRILO, C.M., MCGLASHAN, T.H., GUNDERSON, J.G. (2005b), "Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment". In *American Journal of Psychiatry* 162, 10, pp. 1919-1925.

SIEVER, W.J., DAVIS, K.L. (1991), "A psychobiological perspective on the personality disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 148, pp. 1647-1658.

SIEVER, W.J., TRESTMAN, R.L. (1993), "The serotonin system and aggressive personality disorder". In *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 8, 2, pp. 33-39.

SIEVER, L.J., TORGERSEN, S., GUNDERSON, J.G., LIVESLEY, W.J., KENDLER, K.S. (2002), "The Borderline diagnosis III: Identifying Phenotypes for Genetic Studies". In *Biological Psychiatry*, 51, pp. 964-968.

SILK, K.R., LOHR, N.E., OGATA, S.N., WESTEN, D., (1990), "Borderline inpatients with affective disorder: Preliminary follow-up data". In *Journal of Personality Disorders*, 4, pp. 213-224.

SIMPSON, W. B. (1994). *Borderline personality disorder: dimension or category? A maximum covariance analysis*. Tesi di laurea non pubblicata, Boston University.

SOLOFF, P.H., LIS, J.A., KELLY, T., CORNELIUS, J., ULRICH, R. (1994) "Risk factors for suicidal behaviour in Borderline personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 151, pp. 1316-1323.

SOLOFF, P.H., LYNCH, K.J., KELLY, T.M. (2002), "Childhood abuse as a risk factor for suicidal behaviour in Borderline personality disorder". In *Journal of Personality Disorders*, 16, pp. 201-214.

SORDELLI, A., FOSSATI, A., DEVOTI, R.M., LA VIOLA, S., MAFFEI, C. (1996), "Perceived parental bonding in anorectic and bulimic patients". In *Psychopathology*, 29, 1, pp. 64-70.

SPELTING, M.B., SHARP, J.L., FISHLER, P.H. (1991), "On the nature of attachment in a Borderline population: a preliminary investigation". In *Psychological Reports*, 68, pp. 543-546.

SPITZER, R.L. (1983), "Psychiatric diagnosis: Are clinicians really necessary?". In *Comprehensive Psychiatry*, 24, pp. 399-411.

SPITZER, C., BARNOW, S., ARMBRUSTER, J., KUSSEROW, S., FREYBERGER, H.J., GRABE, H.J. (2006), "Borderline Personality Organization and Dissociation". In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 3, pp. 210-221.

STALKER, C.A., DAVIES, F. (1995), "Attachment organization and adaptation in sexually abused women". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, pp. 234-40.

STARTUP, M., HEARD, H., SWALES, M., JONES, B. (2001). "Autobiographical memory and parasuicide in Borderline personality disorder". In *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 2, pp. 113-120.

STEINBERG, B.J., TRESTMAN, R.L., SIEVER, L.J. (1994), "The cholinergic and noradrenergic neurotransmitter systems and affective instability in Borderline personality disorder". In Silk, K.R. (a cura di) *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 41-62.

- STEVENSON, J., MEARES, R. (1992), "An outcome study of psychotherapy for patients with Borderline personality disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 358-362.
- STIGLMAYR, C.E., SHAPIRO, D.A., STIEGLITZ, R.D., LIMBERGER, M.F., BOHUS, M. (2001), "Evidence of aversive tension and dissociation in female patients with Borderline personality disorder-a controlled study". In *Journal of Psychiatric Research*, 35, pp.111-118.
- STIGLMAYR, C.E., GRATHWOL, T., LINEHAN, M.M., IHORST, G., FAHRENBERG, J., BOHUS, M.(2005) "Aversive tension in patients with Borderline personality disorder: a computer-based controlled field study". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, pp. 372-379.
- STONE, M.H., STONE, D.K., HURT, S. (1987), "The natural history of Borderline patient I: global outcome". In *Psychiatric Clinic of North America*, 10, pp. 185-205.
- STONE, M.H. (1989), "The course of Borderline personality disorder". In TASMAN, A., HALES, R.F., FRANCIS, A.J. (a cura di) *Review of Psychiatry*, Vol. 8. American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 103-122.
- STONE, M.H. (1990), *The Fate of Borderline Patients*. Guilford, New York.
- STONE, M.H. (1993), "Long-term outcome in personality disorders". In *British Journal of Psychiatry* 162, pp. 299-313.
- STONE, M.H. (2006), "Relationships of Borderline personality disorder and bipolar disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 163, 7, pp. 1126-1128.
- SOUTHWICK, S.M., YEHUDA, R., GILLER, E.L. (1995), "Psychological dimensions of depression in Borderline personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 789-791.
- SVRAKIC, D.M., WHITEHEAD, C., PRZYBECK, T.R., CLONINGER, C.R. (1993), "Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character". In *Archives of General Psychiatry*, 50, 991-999.
- SWARTZ, M., BLAZER, D., GEORGE, L., WINFIELD, I., "Estimating the prevalence of Borderline personality disorder in the community". In *Journal of Personality Disorders*, 4, pp. 257-272.
- SZASZ, T. (1961), *Il mito della malattia mentale*. Tr.it Il Saggiatore, Milano, 1966.
- TARGET, M., FONAGY, P. (1996), "Giocare con la realtà. II. Lo sviluppo della realtà psichica da un punto di vista teorico". Tr.it. In *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano, 2001, pp. 161-190.
- TAYLOR, S., GORITSAS, E. (1994), "Dimensions of identity diffusion". In *Journal of Personality Disorders*, 8,3, pp. 229-239.
- TEBARTZ VAN ELST, L., HESSLINGER, B., THIEL, T., GEIGER, E., HAEGELE, K., LEMIEUX, L., LIEB, K., BOHUS, M., HENNIG, J., EBERT, D. (2003), "Frontolimbic brain abnormalities in patients with Borderline personality disorder. A volumetric MRI study". In *Biological Psychiatry*, 54, pp. 163-71.
- TEBARTZ VAN ELST, L., LUDAESCHER, P., THIEL, T., BUECHERT, M., HESSLINGER, B., BOHUS, M., RUESCH, N., HENNIG, J., EBERT, D., LIEB, K. (2007), "Evidence of disturbed amygdalar energy metabolism in patients with Borderline personality disorder". In *Neuroscience Letters*, 417, pp. 36-41.
- TELLEGEN, A., WALLER, N.G. (2002), *Exploring personality through test construction: development of the Multidimensional Personality Questionnaire*. Minnesota University Press, Minneapolis.

- TICKLE, J. J., HEATHERTON, T. F., WITTENBERG, L. G. (2001), "Can personality change?" In W. J. Livesley (a cura di), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, Guilford Press, New York, pp. 242-258.
- TOMASELLO, M., CARPENTER, M., CALL, J., BEHNE, T., MOLL, H. (2005), "Understanding and sharing intentions: the origins of cultural cognition". In *Behavioral and Brain Sciences*, 28,5, pp. 675-691.
- TORGERSEN, S. (2005), "Behavioral genetics of personality". In *Current Psychiatry Reports*, 7, pp. 51-56.
- TRULL, T. J., WIDIGER, T. A., GUTHRIE, P. (1990), "Categorical versus dimensional status of Borderline personality disorder". In *Journal of Abnormal Psychology*, 99, pp. 40-48.
- TRULL, T. J., WIDIGER, T. A. (1997), *Structured interview for the five-factor model of personality: professional manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa.
- TRULL, T.J., WIDIGER, T.A., LYNAM, D.R., COSTA Jr., P.T. (2003), "Borderline personality disorder from the perspective of general personality functioning". In *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 2, pp. 193-203.
- TYRKA, A., CANNON, T.D., HASLAM, N., MEDNICK, S.A., SCHULSINGER, F., SCHULSINGER, H., PARNAS, J. (1995), "The latent structure of schizotypy: I. Premorbid indicators of a taxon of individuals at risk for schizophrenia-spectrum disorders". In *Journal of Abnormal Psychology*, 104, pp. 173-183.
- VAN DER KOLK, B.A., PELCOVITZ, D., ROTH, S., MANDEL, F.S., MCFARLANE, A. HERMAN J.L. (1996), "Dissociation, somatization and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma". In *American Journal of Psychiatry*, 153, 7, pp. 83-93.
- VAN DER KOLK, B.A., FISLER, R. (2005), "Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study". In *Journal of Traumatic Stress*, 8, 4, pp. 505-525.
- VAN IJZENDOORN, M.H., BAKERSMAN-KRANENBURG, M.J. (1996), "Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 8-21.
- VASSALLO, E. (2007), *La valutazione del cambiamento nella personalità: sinergie e discrepanze tra approccio categoriale e dimensionale. Parte II. Tesi di laurea, Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano.*
- VEEN, G., ARNTZ, A. (2000), "Multidimensional dichotomous thinking characterizes Borderline personality disorder". In *Cognitive Therapy and Research*, 24,1, pp. 23-45.
- VERHEUL, R., HARTGERS, C., VAN DEN BRINK, W., KOETER, M.W.J. (1998), "The effect of sampling, diagnostic criteria and assessment procedures on the observed prevalence of DSM-III-R personality disorders among treated alcoholics". In *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 2, pp. 227-236.
- VERHEUL, R., KRANZLER, H.R., POLING, J., TENNEN, H., BALL, S., ROUNSAVILLE, B.J. (2000), "Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 2, pp. 110-118.
- VISCONTI, N., PETRINI, P. (2007), "La relazione oggettuale e l'angoscia di base". In PETRINI, P. (a cura di), *Il Complesso Borderline*, Alpes, Roma, pp. 48-51.
- WALLER, N. G., MEEHL, P. E. (1998), *Multivariate Taxometric Procedures: Distinguishing Types from Continua*. Sage, Thousand Oaks.
- WATSON D, CLARK LA, HARKNESS AR, "Structures of personality and their relevance to psychopathology". In *Journal of Abnormal Psychology*, 103, pp. 18-31.

- WEINTRAUB, K.J. (1978), *The Value of Individual: Self and Circumstance in Autobiography*. University Press, Chicago.
- WEST, M., KELLER, A., LINKS, P., PATRICK, J. (1993), "Borderline disorder and attachment pathology". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, pp. 16-22.
- WESTEN, D., MOSES, M.J., SILK, K.R. (1992), "Quality of depressive experience in Borderline personality disorder and major depression: When depression is not just depression". In *Journal of Personality Disorders*, 6, pp. 382-393.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. (1999a), "Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method". In *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. (1999b), "Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders". In *American Journal of Psychiatry* 156, 273-285.
- WESTEN, D., HEIM, A.K. (2003), "Disturbances of self and identity in personality disorders". In M.R. Leary e J.P. Tangney (a cura di), *Handbook of self and identity*, Guilford, New York, pp. 643-664.
- WHITE, C.N., GUNDERSON, J.G., ZANARINI, M.C., HUDSON, J.I. (2003), "Family studies of Borderline personality disorder: a review". In *Harvard Review of Psychiatry*, 12, pp. 118-119.
- WIDIGER, T.A. (1993), "The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: a critique and an alternative". In *Psychological Inquiry*, 4, pp. 75-90.
- WIDIGER, T. A., TRULL, T. J., CLARKIN, J. F., SANDERSON, C., COSTA, P. T. Jr. (1994), "A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality". In Costa, P.T. Jr., Widiger, T.A. (a cura di), *Personality disorders and the five-factor model of personality*. American Psychological Association, Washington DC, pp. 41-56.
- WIDIGER, T.A., SANDERSON, C.J. (1995), "Towards a dimensional model of personality disorders in DSM-IV and DSM-V". In LIVESLEY, W.J. (a cura di), *The DSM-IV Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 433-458.
- WIDIGER, T.A. (2003), "Personality disorders and Axis I psychopathology: the problematic boundary of Axis I and Axis II". In *Journal of Personality Disorders*, 17,2, pp. 90-108.
- WIDIGER, T.A. (2005), "CIC, CLPS, MSAD". In *Journal of Personality Disorders*, 19, 5, pp. 586-593.
- WIDIGER, T.A., SIMONSEN, E. (2005), "Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground". In *Journal of Personality Disorders*, 19, 2, 110-130.
- WIGGINS, J.S. (1982), "Circumplex models of interpersonal behaviour in clinical psychology". In KENDALL, P., BUTCHER, J. (a cura di), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. John Wiley, New York, pp. 183-221.
- WILBERG, T., ØYTVIND, U., FRIIS, S., PEDERSEN, G., KARTERUD, S. (1999), "Borderline and avoidant personality disorders and the five-factor model of personality: a comparison between DSM-IV diagnoses and NEO-PI-R". In *Journal of Personality Disorders*, 13, 3, pp. 226-240.
- WILKINSON-RYAN, T., WESTEN, D. (2000), "Identity disturbance in Borderline personality disorder: an empirical investigation". In *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 528-541.

- WILLIAMS, L.M., SIDIS, A., GORDON, A., MEARES, R.A. (2006), "Missing links" in Borderline personality disorder: loss of neural synchrony relates to lack of emotion regulation and impulse control". In *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31, 3, pp. 181-188.
- WINNICOTT, D.W. (1960), "Ego distortion in terms of true and false self". In *The maturational processes and the facilitating environment*. International Universities Press, New York, pp. 140-152.
- WINNICOTT, D.W. (1971), *Gioco e realtà*. Tr. it. Armando, Roma 1974.
- WIXOM, J., LUDOLPH, P., WESTEN, D. (1993), "The quality of depression in adolescents with Borderline personality disorder". In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, pp. 1172-1177.
- ZANARINI, M.C., GUNDERSON, J.G., FRANKENBURG, F.R. (1989), "Axis I phenomenology of Borderline personality disorder". In *Comprehensive Psychiatry*, 30, pp. 149-156.
- ZANARINI, M.C., CHAUNCEY, D.L., GRADY, T.A., GUNDERSON, J.G. (1991), "Outcome studies of Borderline personality disorder". In MIRIN, S., GOSSETT, J., GROB, M.C., (a cura di) *Psychiatric Treatment: Recent Advances in Outcome Research*. American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 181-194.
- ZANARINI, M.C. (1993), "Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder". In PARIS, J. (a cura di), *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 67-85.
- ZANARINI, M.C., FRANKENBURG, F.R., DUBO, E.D., SICKEL, A.E., TRIKHA, A., LEVIN, A. (1998), "Axis I comorbidity of Borderline personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 155, pp. 1733 -1739.
- ZANARINI, M.C., RUSER, T., FRANKENBURG, F.R., HENNEN, J. (2000), "The dissociative experiences of Borderline patients". In *Comprehensive Psychiatry*, 41, 3, pp. 223-227.
- ZANARINI, M.C., FRANKENBURG, F.R., HENNEN, J., REICH, D.B., SILK, K.R. (2004), "Axis I comorbidity in patients with Borderline personality disorder: six-year follow-up and prediction of time of remission". In *American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 2108-2114.
- ZANARINI, M.C., FRANKENBURG, F.R., HENNEN, J., REICH, D.B., SILK, K.R. (2005), "The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up". In *Journal of Personality Disorders* 19, 5, pp. 505-523.
- ZANINI, S. (2007), "Problematiche forensi nei disturbi di personalità: il disturbo Borderline". Tesi di laurea, Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano.
- ZETZEL, E.R. (1968), "The so-called good hysteric". In *International Journal of Psychoanalysis*, 49, pp. 256-260.
- ZETZEL, E.R. (1971), "A developmental approach to the Borderline patient". In *American Journal of Psychiatry*, 127, pp. 867-871.
- ZETZSCHE, T., FRODL, T., PREUSS, U.W., SCHMITT, G., SEIFERT, D., LEINSINGER, G., BORN, C., REISER, M., MÖLLER, H.J., MEISENZAHN, E.M. (2006), "Amygdala Volume and Depressive Symptoms in Patients With Borderline Personality Disorder". In *Biological Psychiatry*, 60, pp. 302-310.
- ZILBOORG, G. (1941), "Ambulatory Schizophrenia". In *Psychiatry*, 4, pp. 149-155.
- ZIMMERMAN, M., CORYELL, W. (1989), "DSM-III personality disorder diagnosis in a nonpatient sample: demographic correlates and comorbidity". In *Archives of General Psychiatry*, 46, pp. 682-689.

- ZLOTNICK, C, JOHNSON, D.M., YEN, S., BATTLE, C.L., SANISLOW, C.A., SKODOL, A.E., GRILO, C.M., MCGLASHAN, T.H., GUNDERSON, J.G., BENDER, D.S., ZANARINI, M.C., SHEA, M.T. (2003), "Clinical features and impairment in women with Borderline Personality Disorder (BPD) with posttraumatic stress disorder (PTSD), BPD Without PTSD, and other personality disorders with PTSD". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, pp. 706-714.
- ZUCKER, R.A., GOMBERG, E.S. (1986), "Etiology of alcoholism reconsidered. The case for a biopsychosocial process". In *The American Psychologist*, 41, 7, pp. 783-793.
- ZUCKERMAN, M., NEEB, M. (1979), "Sensation seeking and psychopathology". In *Psychiatry Research*, 1, 3, pp. 255-264.
- ZUCKERMAN, M. (1998), "Sensation seeking and behaviour disorders". In *Archives of General Psychiatry*, 45, 5, pp. 502-504.
- ZUCKERMAN, M. (1993), "Sensation seeking and impulsivity: a marriage of traits made in biology?" In COWN, W.G., JOHNSON, J.L., SHURE, M.B. (a cura di) *The Impulsive Client. Theory, Research and Treatment*. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 71-91.
- ZWEIG-FRANK, H., PARIS, J., GUZDER, J. (1994a), "Dissociation in female patients with Borderline and non-Borderline personality disorders". In *Journal of Personality Disorders*, 8, pp. 203-209.
- ZWEIG-FRANK, H., PARIS, J., GUZDER, J. (1994b), "Dissociation in male patients with Borderline and non-Borderline personality disorders". In *Journal of Personality Disorders*, 8, pp. 210-218.

Apéndice I: Batería multidimensional para la evaluación de la personalidad adaptativa y desadaptativa (BMVP-AD)

¹Andrea Fossati, ²Serena Borroni

¹Profesor de Psicología clínica de la Universidad Vita-Salute San Raffaele (Milán).
Responsable de la unidad de psicodiagnóstico de TP del servicio de Psicología clínica y
psicoterapia del hospital San Raffaele.

Presidente de la Asociación Italiana para el estudio de los TP (AISDP).

²Especialista en Psicología clínica y becaria en la Universidad Vita-Salute San Raffaele (Milán)

Introducción¹

Antes de introducir la BMVP-AD queremos hacer una aclaración, sin la cual sería difícil transmitir la lógica subyacente a la batería. Además de las conocidas antítesis diagnósticas (categorial-dimENSIONAL, estructural-fenomenológico, etc.) hay otra imprescindible: diferenciar un diagnóstico útil para el tratamiento del que no lo es. Un diagnóstico **útil** debe proveer indicaciones relevantes para el terapeuta, fiables, válidas y observables en un tiempo aceptable, tanto para el terapeuta como (¡sobre todo!) para el paciente.

En nuestra opinión, un diagnóstico, para ser útil, debe contener la información esencial para las indicaciones respecto a la intervención en el momento en que el paciente acude a la evaluación, sin tener la pretensión de contener toda la información posible sobre el paciente ni considerar las características observadas como inmutables (ya que si no, ¿Cómo podría haber tratamiento?). En otras palabras, un diagnóstico útil debe representar un modelo adecuado a las características del paciente **en el momento** de la evaluación, lo cual permitiría darle una respuesta a sus necesidades de ese momento.

Ante la evaluación de la personalidad y sus manifestaciones patológicas (los TP), evaluar sólo los aspectos disfuncionales es a menudo insuficiente para planificar un tratamiento. Rescatar también los puntos fuertes del paciente (por ejemplo, red social, capacidad relacional, capacidad de mentalización, de control y de planificación) es tan importante como (o incluso más importante que) la correcta descripción de los “síntomas”. Por ello, un diagnóstico útil debe ser una evaluación tanto de los aspectos desadaptativos como de los adaptativos de la personalidad. Esta afirmación implica que un diagnóstico útil debe estar fundado en instrumentos diagnósticos no sólo fiables y válidos desde el punto de vista psicométrico, sino también conectados a constructos teóricos que aporten una representación coherente de la organización y del funcionamiento de la personalidad, y no simplemente la suma de datos superpuestos o forzados a dar más información que la que pueden dar.

¹N. del T: sólo hemos traducido los apartados que explican las cualidades y aplicaciones de cada instrumento. Nos pareció innecesario traducir los procesos de validación para las versiones italianas de cada instrumento.

En nuestra opinión, en el ámbito de los TP (en otros ámbitos también), un diagnóstico útil debe capturar al máximo posible las diferencias individuales, la variabilidad de las características y los matices personales de cada paciente, aunque compartan el diagnóstico de un mismo TP. Un diagnóstico útil debe ser capaz de describir la **complejidad** clínica del paciente y articularla en sus componentes básicos y en la relación recíproca establecida entre ellos. No sólo debe captar los aspectos más patológicos de la personalidad (como se sabe, en el ámbito de los TP el diagnóstico múltiple es la regla, no la excepción) sino también ordenarlos en una jerarquía, distinguiendo las características más desadaptativas de aquellas que dentro de su inadaptación, constituyen una transacción entre el sujeto y situaciones ambientales “estresantes”. Un diagnóstico útil debe dar cuenta de la complejidad de síntomas relacionándola con los **rasgos** que inciden en la regulación emocional (rasgos de temperamento) y con los que inciden en la integración, diferenciación y articulación del sí mismo (rasgos de carácter, originados por la interacción de la persona con el ambiente a lo largo de su infancia, adolescencia y, como la investigación parece indicar, también en la madurez) y con los estilos relacionales conectados al sistema del apego y sus derivados internalizados (“internal working model”). Un diagnóstico útil debe reducir la incertidumbre en la comprensión de los aspectos motivacionales, interpersonales, relativos a la identidad y a la regulación emocional y conductual de una persona, a la luz de una clara definición de las manifestaciones sintomatológicas ligadas a los TP.

Otro corolario de nuestra visión del diagnóstico en el ámbito de los TP es que un diagnóstico útil, incluso siendo habitualmente un proceso transversal (sincrónico: aquello que emerge en el momento de la evaluación) debería aportar un cuadro dinámico (**diacrónico**: a lo largo del tiempo) de la personalidad del usuario, haciendo posible comprender tanto su organización en el tiempo, como las eventuales diferencias de funcionamiento ligadas a factores contextuales.

Especialmente en la clínica de los TP, un diagnóstico realmente útil no puede prescindir del componente interpersonal. La fase diagnóstica puede constituir un primer paso importante para llegar a una visión compartida entre el terapeuta y el usuario, tanto de la problemática como de los recursos del paciente, y esto a su vez, puede influir positivamente en varios aspectos útiles para la posterior evolución del tratamiento: insight, vivencia de sentirse capaz, formular un demanda responsable y consciente al terapeuta (y que éste pueda proponerse objetivos realizables) y estructurar una adecuada alianza terapéutica para la intervención. Por tanto, un diagnóstico útil deberá tomar en cuenta tanto las observaciones del terapeuta como las representaciones que el usuario hace de **sí mismo**, no sólo buscando la convergencia de los indicadores sino también dando la posibilidad de llegar a comprender y a acercar las diferencias entre ambas descripciones.

La evaluación de los TP concierne a una serie de ámbitos diferentes entre sí: no sólo la psicología clínica y la psiquiatría sino también la clínica de la dependencia patológica, el mundo forense y penitenciario y la intervención en el ámbito adolescente, por citar algunos ejemplos. Desde nuestro punto de vista, un diagnóstico útil debe proveer un conjunto de informaciones “nucleares” imprescindibles para casi cualquier intervención eficaz en el ámbito de los TP. Por lo tanto, un diagnóstico útil debe basarse en modelos, métodos e instrumentos generalizables a realidades caracterizadas por diferentes formas de pensar y a la posibilidad de intervención, permitiendo al mismo tiempo la posibilidad de modificaciones ligadas a la necesidad de profundización en cada contexto diagnóstico particular. Por lo tanto, para ser realmente útil, una batería diagnóstica debe ser utilizable también en **contextos** diferentes para los que ha sido creada, con los ajustes correspondientes.

La humanidad evoluciona con el tiempo y las personas cambian con el tiempo, por lo tanto, un diagnóstico útil debe seguir la evolución de nuestros conocimientos en el ámbito de los TP y debe fundamentarse en una batería de indicadores e instrumentos de evaluación que representen el “espíritu” del momento, y estar dispuesta a adecuarse al progreso del saber. Por lo tanto, un diagnóstico útil es intrínsecamente un objeto vital y dinámico **abierto al cambio** y a la modificación según el progreso de nuestro conocimiento científico (la simple conversación terapéutica no apoyada en observaciones sistematizadas mensurables continúa siendo considerada como poco fiable para la evaluación de los TP; ver Zimmerman, 1994).

A partir de estas reflexiones, en el año 1994 iniciamos nuestra búsqueda de una batería diagnóstica para llegar a un diagnóstico útil de los TP, especialmente para los objetivos de la intervención (clínico-terapéutica en nuestro caso). Ese mismo año se editó una pre-publicación de la SCID-II (Entrevista Clínica Estructurada para los TP del Eje II del DSM-IV, SCID-II: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*, Versión 2.0, First, Gibbon Spitzer, Williams y Benjamin, 1994). Hemos elegido como primer paso un instrumento descriptivo de los TP por varios motivos:

1. Es mejor partir de lo observable para luego verificar su correspondencia con el constructo;
2. Es limitada pero permite un “lenguaje común” para intercambiar información (clínica y de investigación);
3. Permite “inferir” los componentes de un TP; el camino inverso resulta generalmente muy difícil;
4. Sus propiedades psicométricas son más verificables que las evaluaciones “estructurales”;
5. Permite identificar áreas problemáticas que permiten individualizar objetivos de cambio compartidos con el usuario en el momento de la devolución.

Además de sus satisfactorias características psicométricas, semejantes a las de otras entrevistas para el diagnóstico de los TP, el SCID-II despertó nuestra atención por una serie de ventajas propias:

1. Permite, cuando es necesario, aunar múltiples fuentes de información en el razonamiento diagnóstico;
2. Al comenzar con una auto-descripción del entrevistado, se reduce el tiempo de entrevista (todas las respuestas “Sí” se computan obligatoriamente, pero el entrevistador puede verificar las respuestas “No”), y además se consigue una mayor participación del entrevistado;
3. Está estrechamente unida a los criterios diagnósticos para cuya evaluación ha sido construida: éstos son registrados al lado de la pregunta correspondiente y viene especificado si deben obtener información útil a la evaluación del criterio, no de la pregunta en sí;
4. Comienza con una fase de “romper el hielo” inicial con baja estructuración, cubriendo aspectos ligados al motivo de la consulta, anamnesis, cuestiones familiares y relaciones que termina pidiendo al entrevistado que se describa a sí mismo como persona: esto hace que este cuestionario se parezca mucho a una conversación, y por lo tanto permite, cuando es necesario, efectuarla sin entrevista personal previa;
5. Permite evaluar los diez TP del DSM-IV y los dos TP del apéndice (Depresivo y Pasivo-Agresivo) con varias ventajas. Por un lado permite capturar la complejidad clínica de cada usuario, y por el otro, en caso de diagnóstico múltiple, solicita al evaluador que indique en la tabla resumen el orden de importancia clínica de los diagnósticos de TP observados. Además es flexible puesto

que considera tanto una evaluación categorial (criterios suficientes para diagnóstico) como una evaluación dimensional (número de criterios presentes);

6. La manera en que fue desarrollada la entrevista (punto 3), la organización de los criterios por diagnóstico y no por secciones temáticas y la necesidad de evaluar inmediatamente cada criterio, convierten al SCID-II en un instrumento ideal para el entrenamiento en el diagnóstico de los TP. Además es económica y útil para la investigación científica y sus evaluaciones categoriales y dimensionales de los TP han demostrado ser fiables (Maffei, Fossati, et al, 1997). Otra ventaja clínica de la SCID-II es el formato semi-estructurado y la cobertura de una amplia gama de aspectos cognitivos, afectivos, de regulación del comportamiento y de la identidad, tanto en sus aspectos actuales como en su propia evolución. Esto ayuda a los usuarios con dificultades para hilar una narrativa coherente (por ejemplo, pacientes con TP Borderline grave) a organizar una narración cohesionada de la propia existencia, con una mejora del conocimiento de las propias debilidades y de sus recursos. Cabe aclarar que desde el año 2003 se ha publicado una versión oficial italiana del SCID-II (Mazzi et al, 2003).

La utilización del SCID-II ha sido, sin embargo, sólo el punto de partida. Para obtener un cuadro más articulado de la personalidad (en el cual los rasgos no surgieran por simple contraste con rasgos patológicos y el malestar psicológico no fuera una simple coincidencia con los síntomas) dentro del marco de un modelo evolutivo de las diferencias individuales adaptativas y desadaptativas, hemos agregado el TCI (Inventario de Temperamento y Carácter, *Temperament and Character Inventory*, Cloninger, Przybeck, Svrakic y Wetzel, 1994). Es un instrumento de evaluación del modelo de 7 factores de Cloninger, recientemente sustituido por su versión revisada: el TCI-R.

El TCI-R se basa en un modelo de la personalidad que aporta dos tipos de evaluación. Por un lado, los rasgos de temperamento, con un funcionamiento implícito a largo plazo, estrechamente ligados a la regulación emocional (Búsqueda de novedad, Evitación del daño, Dependencia a la recompensa y Persistencia). Por otro lado, los rasgos de carácter, de tipo explícito, que se desarrollan en la infancia y en la adolescencia, a través de un recorrido no lineal de interacción entre las bases temperamentales y el ambiente (Autodirección, Cooperación y Trascendencia). Para cada una de las dimensiones principales, tanto el TCI como el TCI-R aportan también una evaluación de las facetas que los componen.

Por tanto, las escalas del TCI y del TCI-R permiten obtener un cuadro de funcionamiento de la personalidad, tanto de los aspectos implícitos como de los explícitos. Por otro lado, aportan una idea suficientemente precisa de la configuración de la regulación emocional, permitiendo también una evaluación del impacto de la interacción entre éstos y el ambiente de la persona a lo largo de su existencia, a partir de la estructuración de sus componentes de Identidad (Autodirección y Cooperación). Además, las escalas del carácter permiten describir el funcionamiento del Sí mismo del sujeto, tanto respecto a la capacidad de proponerse y perseguir objetivos individuales (Autodirección), como a la capacidad de interacción con otros seres humanos (o sea, al sí mismo como objeto social, que constituye el elemento cardinal de Cooperación). Finalmente, los resultados bajos en estas dos dimensiones son indicadores importantes de patología de la personalidad.

El TCI y el TCI-R han permitido integrar la evaluación DSM-IV de los TP con una descripción articulada y dinámica, que ha combinado los aspectos basados en la regulación emocional con aspectos ligados a la definición del sí mismo del sujeto, lo cual ha determinado un notable incremento

de la utilidad de la información obtenida en el proceso de evaluación. Sin embargo, faltaba aún la evaluación de algunos aspectos relevantes para el diagnóstico y la prescripción de un tratamiento.

En el año 2000, a partir del modelo atóxico de impulsividad de Ernest S. Barratt, se creó la BIS-11 (Escala de Impulsividad de Barratt, BIS-11: *Barratt Impulsiveness Scale-11*, E.S. Patton, Stanford y Barratt, 1995). Es un breve cuestionario autoaplicado, desprovisto de algunos términos psiquiátricos socialmente estigmatizados, que diferencia las tres dimensiones principales de la impulsividad: motora, de atención y de no planificación. Además aporta indicaciones sobre las facetas que componen la manifestación clínica de la impulsividad. Se trata de uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la impulsividad, tanto en población normal como clínica, que aporta indicaciones del nivel general de descontrol (o de hiper-control) del comportamiento, del peso relativo y de las interrelaciones entre los aspectos motores, de atención y de planificación. Su neutralidad respecto a las diversas teorías de la impulsividad (es un instrumento de base empírica cuyas características psicométricas han sido replicadas en varios estudios) la convierten en una medida de elección cuando se desea tener (además de una evaluación minuciosa y estandarizada de la impulsividad): mayor facilidad de comunicación entre profesionales; utilidad para terapeutas de distintas escuelas y orientaciones teóricas; e integrar la evaluación de la impulsividad en baterías diagnósticas más complejas (como por ejemplo, el Impulsivity Index que integra la BIS-11 con pruebas neuropsicológicas y psicofisiológicas). La BIS-11 aporta al terapeuta evidencias de una tendencia al descontrol (o al hiper-control) en una amplia gama de situaciones desprovistas de cualquier connotación “sintomatológica”, y al mismo tiempo aspectos específicos ligados a la pérdida de control (motor, de atención o de no planificación). A partir de la introducción de la BIS-11, pudimos leer las evaluaciones de los sistemas de regulación emocional del TCI y del TCI-r desde la óptica de un cuadro general de de control y planificación de las acciones.

Al mismo tiempo (y de manera no casual) hemos agregado a la batería el AQ (Cuestionario de Agresividad, *Aggression Questionnaire*, Buss y Perry, 1992). Es un instrumento autoaplicado breve, eficaz para medir la agresividad, desarrollado para superar las dificultades psicométricas y la escasa manejabilidad del célebre *Buss-Durkee Hostility Questionnaire*. El AQ permite evaluar no sólo el nivel del rasgo disposicional general, sino también el rol y la interacción entre componentes afectivos (escala Ira), cognitivos (escala Hostilidad) y motores (escalas Agresividad Física y Agresividad Verbal) de la agresividad. Utilizar conjuntamente el AQ y el BIS-11 ha permitido no sólo explorar dos aspectos del funcionamiento de la personalidad (agresividad e impulsividad), capturados indirectamente por el TCI y el TCI-R e identificados groseramente por el SCID-II, sino también evaluar cómo y en qué medida la disposición basal de la agresividad esta asociada a un déficit de control y planificación general del comportamiento. Combinando los índices aportados por estas pruebas (AQ y BIS-11) la batería ha podido aportar indicaciones útiles para diferenciar la agresividad impulsiva (tendencia a manifestaciones agresivas explosivas, reactivas, no planificadas y desprovistas de control) de la agresividad pro-activa (tendencia a utilizar la agresividad de forma deliberada y a sangre fría). Se trata de una distinción importante desde el punto de vista clínico. Si la gestión clínica del paciente agresivo precisa competencias particulares, la distinción entre estas dos formas de agresividad implica trayectorias clínicas diferentes: la agresividad reactiva en sus manifestaciones extremas está ligada a un aumento del riesgo suicida sobre una base no depresiva en los pacientes con TP Borderline

(Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz y Swann, 2001), mientras que la agresividad pro-activa está más ligada a la psicopatía y a las formas “malignas” del narcisismo.

En el 2001 agregamos una prueba autoaplicada para la evaluación de los estilos de apego en el adulto: el ASQ (Cuestionario de Estilos de Apego, *Attachment Style Questionnaire*; Feeney, Noller y Hanrahan, 1994), muy ventajoso en varios aspectos. (1) Al utilizar el paradigma explícito del apego, remite al modelo de Ainsworth. (2) Integra la aproximación de Hazan y Shaver a la evaluación del apego adulto con el constructo de Bartholomew. (3) No se basa sólo en las relaciones sentimentales para la evaluación de los estilos de apego. Tiene cinco escalas de primer orden: Confianza (en sí mismo y en los otros); Malestar en la intimidad; Descalificación de las relaciones (las relaciones son secundarias respecto al éxito); Necesidad de Aprobación y Preocupación por las Relaciones. Además del perfil que aportan sus cinco dimensiones principales, el ASQ aporta datos sobre la situación del sujeto en el espacio comprendido y definido por dos dimensiones secundarias (Ansiedad y Evitación), identificadas por Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). El ASQ da una medida dimensional de las características del apego adulto, que permite superar la actual diatriba relativa a la categorización de las diferencias individuales en el apego, convirtiendo al clásico modelo categorial (A, B, C, D) mediante la aplicación de puntos de corte en cada dimensión. Gracias al ASQ, la batería puede aportar indicaciones sobre un aspecto relevante para la intervención clínica, ya que el patrón de apego influye no sólo sobre la relación terapéutica, sino también sobre la capacidad de mentalización del paciente (Fonagy y Bateman, 2007). Por último, su simplicidad permite monitorizar el cambio de estilo de apego en el transcurso del tratamiento psicoterapéutico en los pacientes con TP.

En el año 2004 agregamos a la batería dos referentes estándar para la evaluación del déficit de regulación de la autoestima y de la imagen de sí mismo: el NPI (Inventario de Personalidad Narcisista, *Narcissistic Personality Inventory*, Raskin y Hall, 1979) y la HSNS (Escala de Narcisismo Hipersensitivo, *Hyper-sensitive Narcissism Scale*, *Hendin y Check*, 1997). El primero evalúa tanto la intensidad global de las características del narcisismo manifiesto (overt) como aquellos aspectos singulares de la personalidad narcisista (sin embargo los datos psicométricos sugieren ser prudentes con la utilización de las facetas del NPI). El segundo es a día de hoy una de las pocas medidas directas para la evaluación de los aspectos encubiertos (covert) de la personalidad narcisista.

Así pues, la BMVP-AD actual está disponible desde 2004. Por lo dicho en los párrafos precedentes creemos que permite al terapeuta lograr una evaluación fiable y articulada de los TP según los criterios previstos por el DSM-IV (SCID-II). Pero sobre todo permite relacionar el diagnóstico categorial descriptivo con: (a) un perfil de la personalidad que integre los aspectos ligados a la regulación emocional con las características de definición individual y social del sí mismo (TCI-R); (b) una evaluación del déficit de la regulación de la autoestima y la imagen de sí (NPI y HSNS); (c) el estilo de apego en el adulto de la persona (ASQ) y (d) el control y la planificación tanto del comportamiento en general (BIS-11) como de las manifestaciones agresivas (AQ). Por otro lado, provee al terapeuta de los instrumentos necesarios para la composición de un perfil que defina las interrelaciones entre las medidas dimensionales autoaplicadas.

Es una batería articulada para profundizar el diagnóstico y no como una estrategia para ser utilizada en las primeras conversaciones con un paciente. Debe adaptarse a cada usuario, y éste debe estar motivado a realizarla. Por ejemplo, el SCID-II dura entre 60 y 90 minutos, mientras que la

versión autoaplicada necesita 120 para compilar los datos. Por otro lado, es necesario descartar que la persona a la que se le suministra no tenga síntomas agudos de patología del Eje I de intensidad suficiente como para sesgar la evaluación (se trata de un sesgo muy frecuente en las evaluaciones de personalidad; ver Zimmerman, 1994).

Recomendamos administrar la BMVP-AD de la siguiente manera: (1) presentar el plan de evaluación general y las consignas de cada prueba; (2) pasar la SCID-II en ciego respecto a las demás pruebas; (3) hacer una devolución conjunta de todas las pruebas.

El BMVP-AD aporta un elevado número de datos basados en pruebas descritas en manuales, pero la lectura del perfil generado no es la mera yuxtaposición de las puntuaciones y sus descriptores. Más bien consiste en identificar las interacciones y la composición de convergencias y divergencias de los índices para formar un perfil dinámico de la persona evaluada. En otras palabras, la BMVP-AD **no** puede ser empleada sin un adecuado conocimiento de los manuales de las escalas que la componen. Sin embargo, un mero conocimiento teórico de las pruebas y de la clínica de los TP no es suficiente para la utilización correcta de la batería. Es un instrumento con el cual el terapeuta experto puede obtener un perfil de los puntos fuertes y de las dificultades del usuario, adecuado para la solución de un problema complejo que precisa un diagnóstico útil para la intervención en pacientes con TP y planificar intervenciones realmente útiles y adecuadas al nivel de funcionamiento de un usuario determinado. Este perfil más que sustituir, **integra** las reflexiones que el terapeuta experto desarrolla en las primeras entrevistas, en las de devolución y en las siguientes. Es una batería al servicio del razonamiento del clínico y del terapeuta experto en la clínica de los TP, no un instrumento monolítico que aporta una respuesta estandarizada y que prescinde de la reflexión clínica. Por el contrario, un uso superficial de la batería puede dar resultados muy desviados.

Dos últimas consideraciones. En primer lugar, como ya se ha dicho, el BMVP-AD es un instrumento dúctil y adaptable a diversos contextos de evaluación. Obviamente, da lo mejor de sí cuando puede integrarse con nuevos instrumentos *ad hoc* sin sacrificar ninguno de sus componentes. En segundo lugar, es un objeto vivo que evoluciona con el tiempo. Esto implica que en el futuro podrán surgir modificaciones sobre la base de evidencias científicas relativas a la validez por incremento, y sea necesario agregar nuevas pruebas si demuestran su utilidad para la comprensión del usuario y la planificación de un tratamiento. Por ejemplo, la evaluación del razonamiento moral, la teoría de la mente y/o medidas estandarizadas para la evaluación de la organización de la personalidad basada en el modelo de Kernberg (Kernberg, 1996).

Obviamente, no tenemos la pretensión de afirmar que ésta es la única batería utilizable para el diagnóstico de los TP. El mejor consejo que podemos dar para descubrir por qué nosotros la preferimos, sobre todo en cuanto a la intervención psicoterapeuta, es probarla (pero primero es necesario aprender a utilizarla. *ça va sans dire!*)

Bibliografía

- AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATER, E., WALL, S. (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- BUSS, A., PERRY, M. (1992), "The Aggression Questionnaire". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), pp. 452-459.
- CLONINGER, C.R., PRZYBECK, T.R., SVRAKIC, D.M., WETZEL, R.D. (1994), *The Temperament and Character Inventory (TCI) a Guide to its Development and Use*. Center for Psychology of Personality, Washington University, St.Luis.
- FEENEY, J.A., NOLLER, P., HANRAHAN, M. (1994), *Assessing adult attachment*. Sperling, MB.
- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS, J.B.W., BENJAMIN, L., (1994), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York.
- KERNBERG O.F. (1996), "A psychoanalytic model for the classification of personality disorders". In *Psychotherapeut*, 41(5), pp.288-296.
- MAZZI F., MOROSINI P., De GIROLAMO G., GUARALDI G.P., (2003) *L'assessment secondo i criteri del DSM-IV*. Giunti OS, Firenze.
- (2003), Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York.
- FONAGY P., BATEMAN A.W., (2007), "Mentalizing and Borderline personality disorder". In: *Journal of mental health*, 16(1), pp. 83-101.
- HENDIN, H.M. & CHEEK, J.M. (1997), "Assessing hypersensitive narcissism: a reexamination of Murray's narcissism scale". In *Journal of Research in Personality*, 31, pp. 588-599.
- MAFFEI C., FOSSATI A., AGOSTONI I., BARRACO A., BAGANTO M., DONATI D., NAMIA C., NOVELLA L., PETRACHI M. (1997), "Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0". In *Journal of Personality Disorders*, 11, pp. 279-284.
- MOELLER, F.G., BARRATT, E.S., DOUGHERTY, D.M., SCHMITZ, J.M., SWANN, A.C., (2001), "Psychiatric aspects of impulsivity". In *American Journal of Psychiatry* 158, pp. 1783-1793.
- PATTON, J.H., STANFORD, M.S., BARRATT, E.S. (1995), "Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale". In *Journal of Clinical Psychology*, 51, pp. 768-774.
- RASKIN, R.N., HALL, C.S. (1979), "A narcissistic personality inventory". In *Psychological Reports*, 45, p. 590.
- ZIMMERMAN, M. (1994), "Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods". In *Archives of general psychiatry*, 51, pp.225-245.

Cuestionario de Agresividad (*AQ:Aggression Questionnaire*)

La agresividad es un ámbito de interés, tanto para clínicos como para investigadores. Tiene un sentido adaptativo cuando la persona logra controlar eficazmente sus tendencias agresivas, pero se vuelve patológica cuando se manifiesta de manera no-teleológica, irracional, explosiva, violenta y puede dañar al sujeto o a terceros. La agresividad patológica representa un modo de relacionarse con el mundo, con serias limitaciones e interferencias desadaptativas en la vida social, laboral y afectiva, que pueden llevar al aislamiento y al fracaso de la existencia del hombre (Buss, Durkee, 1957). Representa un constructo no homogéneo, tanto en sus causas como en sus manifestaciones y consecuencias (Buss, Durkee, 1957; Buss, Perry, 1992; Caprara, Barbaranelli, Comrey, 1992; Barratt, Stanford, Dowdy, Liebman, Kent, 1999). Ha sido objeto de estudio en diferentes sectores de investigación (biológica, psiquiátrica, forense, social, ética) con atributos particulares en cada ámbito.

El DSM-IV (1994) no describe un trastorno agresivo, pero está presente en los criterios diagnósticos de varios trastornos. En este sentido, la agresividad es más una dimensión trans-nosográfica que un elemento psicopatológico nuclear estructurante. Respecto al rol de la agresividad en el campo de los TP, es uno de los componentes nucleares, junto a la impulsividad, de dos TP: Borderline y Antisocial (ASPD; Lisch, Kavoussi, Coccaro, 1996; Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, Swann, 2001). Se ha propuesto una estructura bidimensional de la agresividad, con un componente emotivo y un componente social-cognitivo (Caprara et al., 1992) o, en otros términos, una dimensión de agresividad impulsiva y otra de agresividad planificada (Shoham, Askenasy, Rahav, Chard, Addi, 1989).

Su complejidad factorial está sostenida por varios estudios de validación externa que indican que los diversos componentes de las conductas agresivas presentan diferentes correlaciones con medidas de personalidad (Caprara, Barbaranelli, Pastorelli, Perugini, 1994): sentido de culpa (Caprara, Manzi, Perugini, 1992); actividad serotoninérgica del SNC (Coccaro, Siever, Klar, Maurer, Cochran, Copper, Mohs, Davis, 1989) y evaluaciones neuropsicológicas (Barratt, Standford, Kent e Felthous, 1997).

Existen varios instrumentos para evaluar la agresividad, pero los cuestionarios autoaplicados son los más utilizados, tanto por su facilidad de uso como por su relación con la tradición de la evaluación de las diferencias individuales de la personalidad. Buss y Durkee (1957) fueron los primeros en desarrollar un cuestionario autoaplicado para evaluar la agresividad: el BDHI (Inventario de Hostilidad de Buss y Durkee). Está compuesto por 75 ítems que componen siete escalas: violencia, agresividad indirecta, irritabilidad, agresividad verbal, negativismo, resentimiento y suspicacia. Los estudios de análisis factorial sobre el cuestionario diferenciaron dos factores: el primero se refiere a las primeras cuatro escalas, y el segundo se refiere a la hostilidad (formada a la vez por resentimiento y suspicacia) (Bendig, 1962; Edmunds Kendrick, 1980; Bushman, Coppae, Lemke, 1991; Buss, Durkee, 1957). Bendig (1962) distingue dos factores: "Hostilidad encubierta", compuesto principalmente por los ítems de irritabilidad, y "Hostilidad manifiesta", que incluye los ítems de violencia y agresividad verbal. Edmunds y Kendrick (1980) han distinguido dos factores: uno formado por los ítems de violencia y agresividad verbal, otro formado por los ítems de suspicacia y resentimiento.

Buss y Perry (1992) sugieren que estas inconsistencias y contradicciones se deben a la poca fiabilidad test-retest y al formato verdadero-falso del BDHI (Buss y Durkee, 1957)². Partiendo de estas premisas, Buss y Perry (1992) desarrollaron el AQ (Cuestionario de Agresión, Aggression Questionnaire), sustituyendo el formato verdadero-falso por una escala de Likert. Los autores mantuvieron algunos

ítems del BDHI y agregaron otros ítems, llegando a un total de 52, valorables de 1 (absolutamente falso) hasta 5 (totalmente verdadero). Además distinguen tres grupos de rasgos de personalidad relacionados con los ítems. En el primer grupo incluyen los rasgos más ligados al temperamento: emocionabilidad, incluyendo ira; actividad, incluyendo vigor; impulsividad y sociabilidad (Buss y Plomin, 1975). En el segundo grupo incluyen rasgos relacionados con la agresividad que suelen llevar a conflictos sociales: asertividad y competitividad (Buss y Plomin, 1975). En el tercer grupo incluyen rasgos ligados al Sí mismo (Self): conciencia de sí mismo íntima (pensamientos y sentimientos); conciencia de sí mismo pública (sí mismo como objeto social) y autoestima (Fenigstein, Scheier y Buss, 1975).

Tras aplicar el cuestionario a muestras de estudiantes y aplicando rotaciones oblicuas a los datos, encontraron una estructura de cuatro factores relacionados entre sí, siendo válidos solamente 29 ítems: agresividad física (9 ítems); agresividad verbal (5 ítems); ira (7 ítems) y hostilidad (8 ítems). Esta estructura ha sido replicada en varias ocasiones (Buss y Perry, 1992). Han encontrado fuerte correlación entre Agresividad física y verbal, que a la vez correlacionan moderadamente con Hostilidad; mientras que Ira correlaciona significativamente con las tres anteriores. Los factores de agresividad física y verbal correlacionan significativamente con algunos rasgos temperamentales (impulsividad, actividad) y con rasgos sociales (asertividad y competitividad). La ira correlaciona de manera positiva con todos los rasgos y con la impulsividad (más que la agresividad), y negativamente con sociabilidad, conciencia íntima y pública de sí mismo. Hostilidad tiene un patrón más complejo: alta relación con la emocionabilidad y autoestima (rasgo del Sí mismo), moderada correlación con impulsividad, asertividad y competitividad, y correlación negativa con sociabilidad y actividad.

La puntuación total para agresividad parece representar adecuadamente los sustratos de la impulsividad y la competitividad. La emocionabilidad es independiente de la agresividad verbal y física, pero está muy relacionada con ira y hostilidad. Estas diferencias muestran la importancia de dividir el constructo en subcomponentes. Los autores han dividido la agresividad en tres dominios: afectivo, cognitivo e instrumental (este último compuesto por agresividad física y verbal). La ira (arousal fisiológico de preparación para agredir) se ha relacionado con el componente afectivo de la agresividad, como un puente entre los componentes cognitivos e instrumentales del comportamiento: hay más probabilidades de agredir estando enfadado. La hostilidad es el componente cognitivo, consiste en sentimientos de maldad, injusticia desconfianza, y suele ser un residuo cognitivo que permanece después de un episodio de ira (Buss y Perry, 1992).

Respecto a diferencias de género, en la valoración global los hombres puntuaron más alto que las mujeres; mientras que en escalas aisladas, los hombres superan completamente a las mujeres en Agresividad física y muy poco en Agresividad verbal y hostilidad. En Ira no se encontraron diferencias de género. Esto sugiere que hombres y mujeres se enfadan igual, pero que las mujeres inhiben mejor su expresión.

Buss y Perry (1992) han correlacionado el **AQ** con rasgos de personalidad. Agresividad física y verbal correlacionan con impulsividad (.28 y .17), actividad (.20 y .17) y con rasgos de conflicto social,

²En la versión española (Evaluación de la impulsividad, Portilla et al, *Ars Médica*, 2005) figura una 8ª escala: culpabilidad.

como asertividad (.28 y .49) y competitividad (.36 y .39). Ira, en cambio, muestra alta correlación con todos los rasgos en conjunto, especialmente con Impulsividad (.42), Agresividad física (.28) y verbal (.38) y correlaciona negativamente con Sociabilidad (-.08) y con los dos rasgos del Sí mismo, íntimo y público (-.03 y -.14, respectivamente). Hostilidad presenta un patrón más complejo: elevada correlación positiva con emocionabilidad (.52), elevada correlación negativa con autoestima (-.49), moderada correlación positiva con impulsividad (.37) asertividad (.18) y competitividad (.30) y moderada correlación negativa con sociabilidad (-.12). En las tablas 1, 2 y 3 se muestran las principales correlaciones encontradas por los autores (Fossatti et al) durante el proceso de validación en Italia, en una muestra clínica de 461 sujetos.

Tabla 1. Correlaciones entre las escalas del AQ y del TCI-R (N = 461).

TCI-r	Agres. Física	Agres. Verbal	Ira	Hostilidad	AQ total
Temperamento					
Búsqueda de novedad	.28*	.27*	.23*	.01	.25*
Evitación del daño	.05	-.07	.18*	.40*	.21*
Dependencia de la recompensa	-.05	-.04	-.06	-.04	-.06
Persistencia	-.08	.07	-.02	-.08	-.05
Carácter					
Autodirección	-.22*	-.08	-.34*	-.52*	-.41*
Cooperación	-.36*	.31*	-.41*	-.37*	-.48*
Trascendencia	.14*	-.18*	.16*	.15*	.20*

*: Coeficientes de correlación significativos según procedimiento de Bonferroni ($p < .0042$).

Tabla 2. Correlaciones entre el AQ y el ASQ (*Attachment Style Questionnaire*) (N= 461)

ASQ	Agres. Física	Agres, Verbal	Ira	Hostilidad	AQ total
Confianza	-.07	.02	-.18*	.44*	.24*
Incomodidad en intimidad	.13*	.09	.16*	.35*	.26*
Secundariedad de las relaciones	.09	.07	.10	.22*	.17*
Necesidad de aprobación	.02	.08	.17*	.53*	.24*
Preocupación por las relaciones	.17*	.18*	.28*	.53*	.39*

*: Coeficientes de correlación significativos según procedimiento de Bonferroni ($p < .005$).

Tabla 3. Correlaciones entre el AQ y los TP del DSM en una muestra clínica (N= 461)

TP (SCID-II)	Agres. Física	Agres. Verbal	Ira	Hostilidad	AQ total
Evitativo	-.22*	-.28*	-.15*	.09	-.16*
Dependiente	-.19*	-.22*	-.07	.18*	-.08
Obsesivo-Compulsivo	-.17*	-.09	-.02	-.04	-.11
Paranoide	.14*	.09	.06	.18*	.16*
Esquizotípico	.04	.03	.03	.09	.07
Esquizoide	-.05	-.02	-.01	-.01	-.03
Histriónico	.04	.09	.12	.07	.10
Narcisista	.21*	.24*	.27*	.17*	.29*
Borderline	.14*	.09	.18*	.12	.18*
Antisocial	.18*	.13	.13	.08	.17*
Negativista (apéndice)	.26*	.35*	.31*	.27*	.36*
Depresivo (apéndice)	-.18*	.17*	-.03	.11	-.07
Nº de diagnósticos de TP DSM-IV	.03	.03	.15*	.23*	.15*

*: Coeficientes de correlación significativos según procedimiento de Bonferroni ($p < .003$).

Apéndice I

AQ: (Cuestionario de agresividad, *Aggression Questionnaire*)

Apellido y nombre:		Edad:		Fecha:	
A continuación se describen situaciones habituales a lo largo de la vida. No hay respuestas acertadas o erróneas.					
Señale en cada frase el número que mejor describa sus sentimientos según la siguiente puntuación.					
1	2	3	4	5	
Completamente falso	Bastante falso	Ni verdadero ni falso	Bastante cierto	Completamente cierto	
1. Cuando alguien me fastidia se lo digo abiertamente a la cara					
1	2	3	4	5	
2. No logro evitar la discusión cuando alguien no está de acuerdo conmigo					
1	2	3	4	5	
3. Hay personas que me han provocado tanto que he llegado a las manos					
1	2	3	4	5	
4. Si me provocan lo suficiente puedo llegar a golpear a otra persona					
1	2	3	4	5	
5. Cuando me siento frustrado, se nota fácilmente mi irritación					
1	2	3	4	5	
6. Sospecho de los extraños que son demasiado amigables					
1	2	3	4	5	
7. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos se los digo a la cara					
1	2	3	4	5	
8. Me meto en riñas un poco más que los demás					
1	2	3	4	5	
9. Pierdo los estribos fácilmente, pero lo supero rápidamente					
1	2	3	4	5	
10. De vez en cuando no puedo frenar el impulso de golpear a otra persona					
1	2	3	4	5	
11. Mis amigos dicen que soy bastante polémico					
1	2	3	4	5	
12. He llegado a romper objetos por mi enfado					
1	2	3	4	5	
13. Tengo dificultades para controlar mi rabia					
1	2	3	4	5	
14. Sé que algunos amigos hablan de mí a mis espaldas					
1	2	3	4	5	
15. He llegado a amenazar a personas que conozco					
1	2	3	4	5	
16. Me pregunto porqué a veces me siento tan amargado en relación a las cosas					
1	2	3	4	5	
17. A veces creo que la vida me trató injustamente					
1	2	3	4	5	
18. Si me golpean, devuelvo el golpe					
1	2	3	4	5	
19. A veces pierdo los estribos sin una buena razón					
1	2	3	4	5	
20. A veces me siento como un polvorín a punto de estallar					
1	2	3	4	5	
21. A veces creo que los demás se ríen de mí a mis espaldas					
1	2	3	4	5	
22. Suelo estar en desacuerdo con las personas					
1	2	3	4	5	
23. Cuando la gente es particularmente amable, me pregunto qué querrán					
1	2	3	4	5	
24. Soy una persona de carácter sereno					
1	2	3	4	5	
25. Algunos amigos míos piensan que soy muy "calentón" (exploto fácilmente)					
1	2	3	4	5	
26. Todas las buenas oportunidades parecen ocurrirle a los demás					
1	2	3	4	5	
27. Si debo recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago					
1	2	3	4	5	
28. A veces me siento devorado por los celos					
1	2	3	4	5	
29. No encuentro ningún motivo para golpear a otra persona					
1	2	3	4	5	

Escalas (24 y 29 puntúan al revés): Agresividad verbal: 1, 2, 7, 11, 22. Agresividad física: 3, 4, 8, 10, 12, 15, 18, 27, 29. Ira: 5, 9, 13, 19, 20, 24, 25. Hostilidad: 6, 14, 16, 17, 21, 23, 26, 28.

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed., revised. American Psychiatric Press, Washington DC.
- BALL S. A, TENNEN H P, JAMES C. (1997) "Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers". In: *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), pp. 545-553.
- BARRATT, E.S., FELTHOUS, A.R., KENT, T.A. (1997) "The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: A controlled study". In *Journal of Clinical Psychopharmacology* 17(5), pp. 341-349.
- BARRATT, E.S., STANDFORD M., DOWDY L., LIEBMAN M.J., KENT, T.A. (1999). "Impulsive and premeditated aggression: a factor analysis". Unpublished manuscript, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, The University of Texas Medical Branch, Galveston.
- BERNESTEIN, I.H., GESN, P.R. (1997). On the dimensionality of the Buss/Perry Aggression Questionnaire. In *Behavior Research and Therapy*, 35, pp. 563-568.
- BERNSTEIN, I.H. (1988). *Applied Multivariate Analysis*. Springer, New York, NY.
- BUSHMAN, B.J., COPPAER, H.M., LEMKE, K.M. (1991). "Meta-analysis of the factor analyses: an illustration using the Buss-Durkee hostility inventory". In *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, pp. 344-349.
- BUSS, A., DURKEE, A. (1957). "An inventory for assessing different kinds of hostility". In *Journal of Consulting Psychology*, 21(4), pp. 343-349.
- BUSS A.H., PLOMIN R. (1975). *A temperament theory of personality development*. Wiley-Interscience. New York.
- BUSS A.H. (1988). *Personality: Evolutionary heritage and human distinctiveness*. Erlbaum. Hillsdale, NJ.
- BUSS, A., PERRY, M. (1992). "The Aggression Questionnaire". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), pp. 452-459.
- BUJA, A., EYUBOGLU, N. (1992). "Remarks on parallel analysis". In *Multivariate Behavioral Research*, 27, pp. 509-540.
- CAPRARA, G.V., BARBARANELLI, C., COMREY, A.L. (1992). "A personological approach to the study of aggression". In *Personality and Individual Differences*, 13(1), pp. 77-84.
- CAPRARA, G.V., MANZI, J., PERUGINI M. (1992). "Investigating guilt in relation to emotionality and aggression". In *Personality and Individual Differences*, 13(5), pp. 519-532.
- CAPRARA, G.V., BARBARANELLI, C., PASTORELLI C., PERUGINI, M. (1994). "Individual differences in the study of human aggression". In *Aggressive Behavior*, 20(4), pp.291-303.
- COCCARO, E.F., SIEVER, J.L., KLAR, H.M., MAURER, G.L., COCHRANE, C., COPPER, T.B., MOHS, R.C., DAVIS, K.L. (1989). "Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behaviour". In *Archives of General Psychiatry*, 46, pp. 587-599.
- CLONINGER, C.R., PRZYBECK, T.R., SVRAKIC, D.M., WETZEL. R.D. (1994). *The Temperamnet and Character Inventory (TCI) a Guide to its Development and Use*. Center for Psychology of Personality, Washington University, St.Luis.

- GORSUCH, R.L. (1983). Factor Analysis. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- EDMUNDS G., KENDRICK D.C. (1980). The measurement of human aggressiveness. Wiley, New York.
- FEENEY, J.A., NOLLER, P., HANRAHAN, M. (1994). Assessing adult attachment. Sperling, MB.
- FENIGSTEIN A., SCHEIER M.F., BUSS A.H. (1975). „Private and public self-consciousness: Assessment and theory”. In Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, pp.522-527.
- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS, J.B.W., BENJAMIN, L., (1994). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. Biometrics Research Department, Psychiatric Institute, New York..
- FOSSATI, A., MAFFEI, C., ACQUARINI, E., DI CEGLIE, A. (2003). “Multigroup confirmatory component and factor analyses of the italian version of the Aggression Questionnaire. European” In Journal of Psychological Assessment, 19, pp. 54-65.
- FOSSATI A., BARRATT ES., BORRONI S., VILLA D., GRAZIOLI F., MAFFEI C., 2006. “Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders”. In Psychiatry Research, 149, pp. 157-167.
- GOURSCH, R.L. (1983). Factor analysis. Erlbaum, Hillsdale.
- LISH J.D., KAVOUSSI R.J., COCCARO E.F. (1996). “Aggressiveness”. In: Costello, C.G. (A cura di .), Personality Characteristics of the Personality Disordered. Wiley, New York, pp. 24-47.
- MOELLER F.G., BARRATT E.S., DOUGHERTY D.M., SCHMITZ J.M., SWANN A.C. (2001). “Psychiatric aspects of impulsivity”. In American Journal of Psychiatry, 158 pp.1783-1793.
- NUNNALLY, J.C. & BERNSTEIN, I.H. (1994). Psychometric Theory. McGraw-Hill, New York.
- SHOHAM, S.G., ASKENASY, J.J.M., RAHAV, G., CHARD, F., ADDI, A. (1989). “Personality correlates of violent prisoners”. In Personality and Individual Differences, 10(2), pp. 137-145.

Cuestionario de Estilos de Apego (ASQ: Attachment Style Questionnaire)

Durante los últimos 15 años, la aplicación de la teoría del apego al estudio de las relaciones interpersonales adultas ha aumentado en varias áreas, especialmente, en psicología de la personalidad, psicología social y psicología clínica (Simpson, Rholes, 1998). Los investigadores se refieren a ella como si fuera un único dominio conceptual, pero en realidad es una teoría amplia, compleja y con diversos objetivos. De hecho, podríamos distinguir al menos dos aspectos principales, ambos originados a partir de la teoría de Bowlby: a) un aspecto normativo, que describe las funciones del sistema del apego en relación a modalidades de comportamiento específicas de cada especie y a estadios evolutivos por los cuales todos los humanos deben pasar; b) un aspecto centrado en las diferencias individuales, que intenta explicar las desviaciones estables y sistemáticas de las normativas citadas (Simpson, Rholes, 1998). La mayoría de los modelos que exploran las diferencias individuales surgen de un mismo núcleo inicial: la **situación extraña** (*Strange Situation*, Ainsworth, Blehar, Water, Wall, 1978). El éxito de Ainsworth y colaboradores en sus estudios en niños ha llevado a intentar evaluar las hipótesis de la teoría del apego en muestras de adultos. A partir de la clasificación de apego propuesta por Ainsworth han surgido dos tradiciones para la evaluación del apego humano: (1) familia nuclear y (2) relaciones sentimentales.

La primera evalúa fundamentalmente la modalidad de apego en las relaciones de los niños con sus progenitores. Uno de los intereses principales de esta tradición es establecer cómo se estructura, organiza y amalgama la información que el niño va recibiendo desde sus figuras de apego. La entrevista más utilizada en esta tradición es la AAI (Entrevista de Apego en el Adulto, *Adult Attachment Interview*, George, Kaplan, Main, 1985). Esta entrevista permite clasificar a los adultos en cuatro categorías excluyentes de apego: seguro-autónomo, preocupado, distanciado-evitativo y desorganizado-desorientado. Durante la entrevista, más que prestar atención al contenido se intenta detectar los “estados mentales” que reflejan el funcionamiento de modelos operativos internos más profundos e inconcientes, originados en la infancia y reactivados durante la entrevista.

La segunda, si bien se fundamenta en la teoría del apego y en la metodología de la situación extraña, se desarrolla desde otra perspectiva. Hazan y Shaver (1987) han sugerido que el amor de pareja es fundamentalmente un proceso de apego, a través del cual se construyen importantes fronteras afectivas, y que los tres patrones de apego (preocupado, distanciado-evitativo, y desorganizado-desorientado) darían lugar, a lo largo del desarrollo, a tres estilos de apego en la pareja.

Estas dos tradiciones se distinguen por algunos aspectos. Bartholomew (1990) ha sugerido que la tradición de la familia nuclear se centra en la descripción retrospectiva del niño respecto a las relaciones padres-hijo; mientras que la tradición de las relaciones sentimentales se centra más en las experiencias más recientes de relaciones de amor adulto. Obviamente, las representaciones de estas dos tradiciones pueden ser consideradas equivalentes. De hecho, Bartholomew ha subrayado que el uso de entrevistas (tradición de familia nuclear) y de pruebas autoaplicadas (tradición de relaciones sentimentales) reflejan diferentes conceptualizaciones del apego adulto. La AAI se centra en las dinámicas de modelos operativos internos, que deberían estar relacionadas con las clasificaciones derivadas de la “situación extraña”, presuponiendo que la persona evaluada no es conciente de estas dinámicas. Al contrario, los instrumentos auto-aplicados toman en cuenta los sentimientos y comportamientos presentes en las relaciones de las que el sujeto es conciente y puede describir con

precisión. Ambas metodologías, que pueden ser complementarias, tienen ventajas y desventajas. La AAI puede activar defensas (inconcientes) que a la vez pueden influir sobre la descripción que el sujeto haga de sus estilos de apego adulto. Por la naturaleza emocional de muchos de sus contenidos, la AAI puede activar estilos de apego infantil. De hecho, algunos investigadores prefieren valorar los estilos de apego adulto cuando el sistema de apego ya ha sido activado, pues así se obtendría más y mejor información que cuando el sistema está inactivo e inconsciente.

Los instrumentos autoaplicados muestran algunas ventajas para valorar el apego adulto. En primer lugar, son más fáciles de utilizar y de medir. En segundo lugar, valoran de manera directa el punto de vista del adulto sobre las figuras de apego actuales (generalmente la pareja). Son adecuadas para valorar los modelos implícitos que guían el comportamiento social en las relaciones de amor del adulto, pero parecen más débiles para describir los modelos implícitos que gobiernan las experiencias iniciales con los progenitores. En síntesis, las medidas de valoración del apego adulto, más complementarias que alternativas, se diferencian en términos de dominio, método y dimensionalidad. Pese a estas diferencias, estudios empíricos recientes (Bartholomew, Shaver, 1998) sugieren una convergencia parcial entre las dos tradiciones, especialmente cuando la fiabilidad y potencia estadística de las medidas son suficientemente altas.

A partir de estos hechos, Feeney y colaboradores (Feeney, Noller, Hamraham, 1994) desarrollaron el ASQ (Cuestionario de Estilo de Apego, *Attachment Style Questionnaire*). Es un cuestionario autoaplicado que intenta medir las diferencias individuales en el apego adulto. Los autores se marcaron tres objetivos: (1) desarrollar una medida de amplio espectro que distinga las diferencias individuales del estilo de apego adulto; (2) desarrollar un instrumento adecuado para adultos y adolescentes; (3) que el instrumento fuera adecuado también para quienes no han tenido experiencia de relaciones de pareja.

El cuestionario inicial tenía 65 ítems, hechos a partir de un amplio espectro de constructos obtenidos de la literatura sobre el apego infantil y adulto. Cada ítem es valorado en una escala de Likert de 6 puntos (1 “completamente en desacuerdo”, 6 “completamente de acuerdo”). Después de varios análisis de datos se eliminaron 25 ítems, llegando a la forma final de 40 ítems (Feeney, Noller, Hamraham, 1994). A partir de las expectativas teóricas y del análisis de los comportamientos principales, los 40 ítems fueron asignados a cinco escalas:

1. Confianza (8 ítems): se refiere al estilo de apego seguro.
2. Incomodidad en la intimidad (10 ítems): elemento central del apego evitativo de Hazan y Shaver (1987).
3. Necesidad de aprobación y aceptación (7 ítems): equivalente a los estilos de apego temeroso y preocupado de Bartholomew.
4. Preocupación por las relaciones (7 ítems): tendencia ansiosa y dependiente en las relaciones, característica nuclear del apego ansioso/ambivalente propuesto por Hazan y Shaver (1987).
5. Secundariedad de las relaciones (8 ítems): equivalente al apego retirado (dismissing) de Bartholomew.

Las cinco escalas no son recíprocamente ortogonales, sino más bien ligadas a dos factores latentes, descritos originariamente por Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Water, Wall, 1978): Evitación y Ansiedad. Es útil subrayar que, al utilizar una escala tipo Likert, Feeney y colaboradores (1994) han intentado

superar la contraposición entre los modelos implícitos y explícitos del apego adulto. De hecho, los sujetos deben reconocer como propios algunos comportamientos descritos por los ítems del ASQ, pero no están obligados a reconocerse en un estilo específico de apego, el cual se mantendría como un constructo latente, valorado indirectamente por una serie de ítems específicos.

Cuando el ASQ fue administrado a una amplia muestra de estudiantes universitarios australianos ($N=470$), las cinco escalas mostraron una adecuada consistencia interna (coeficientes alfa de Cronbach entre .76 y .84) y alta fiabilidad test-retest a las diez semanas (entre .67 e .78) (Feeney, Noller, Hamrahan, 1994). En el estudio de validación original, Feeney y colaboradores obtuvieron correlaciones significativas entre las escalas del ASQ y los estilos de apego (seguro, evitativo y ansioso/ambivalente), obtenidos tanto con mediciones binarias (verdadero-falso) como con escalas tipo Likert. Confianza correlacionaba positivamente con apego seguro ($r = .34$) y negativamente con apego evitativo y apego ansioso/ambivalente ($r = -.14$; $r = -.29$). Incomodidad en la intimidad correlacionaba negativamente con apego seguro ($r = -.50$) y positivamente con apego evitativo y apego ansioso/ambivalente ($r = .46$; $r = .18$). Necesidad de aprobación correlacionaba negativamente con apego seguro ($r = -.17$) y positivamente con apego evitativo y apego ansioso/ambivalente ($r = .13$; $r = .40$). Preocupación por las relaciones correlacionaba negativamente con apego seguro y con apego evitativo ($r = -.24$; $r = -.06$) y positivamente con apego ansioso/ambivalente ($r = .60$). Secundariedad de las relaciones correlacionaba negativamente con apego seguro ($r = -.24$) y positivamente con apego evitativo y apego ansioso/ambivalente ($r = .27$; $r = .06$). Además se encontraron fuertes asociaciones con otras medidas de la personalidad y del funcionamiento familiar.

El ASQ parece fiable y válido para explorar el apego adulto. Teniendo en cuenta los constructos subyacentes a las escalas del ASQ, se trata de una escala de uso privilegiado en el ámbito de la investigación ligada a la tradición de relaciones sentimentales. Un aspecto muy interesante de la escala es que valora el apego de manera dimensional, más adecuada³ a los datos obtenidos en estudios hechos con otras mediciones de apego adulto (Fraley y Waller, 1998) y en estudios hechos con niños sobre la “situación extraña” (Fraley y Spieker, 2003). Puesto que las personas difieren en grados de apego más que en tipos de apego, la aproximación dimensional libera al investigador y al clínico de tener que hacer equiparaciones peligrosas entre categorías de apego y categorías psicopatológicas. Esto facilita tanto la comprensión de los fenómenos patológicos como de las características individuales de personalidad y de cómo se relacionan los rasgos de personalidad y la psicopatología.

Como cualquier otra medida psicométrica, el ASQ presenta puntos de fuerza y limitaciones. Sus principales ventajas son: (1) breve, fácil de administrar y fácil de valorar; (2) cuesta poco y no precisa entrenamiento; (3) libre de sesgos por parte del observador; (4) permite valorar el apego adulto en sujetos con experiencias de relaciones sentimentales; (5) fiable y válido, tanto en muestras clínicas como no clínicas; (6) realiza una valoración dimensional del apego adulto, sin impedir, con puntos de corte adecuados, discriminar categorías (la inversa es imposible). Hay fuertes indicios que sugieren que el apego tiene una distribución dimensional, aplicable no sólo a la psicopatología sino también al desarrollo de la personalidad normal.

³N. del T: La “adecuación al objeto” es un componente (a veces olvidado) imprescindible para la validez científica de los instrumentos (Forti, 2004).

Apéndice I

Sus principales limitaciones son: (1) autoaplicada, y por lo tanto, tiene riesgos de sesgo (memoria y referencias inadecuadas); (2) al fundarse en la tradición de las relaciones sentimentales, podría no capturar los elementos inconscientes del apego infantil citados por la tradición de familia nuclear; (3) es un instrumento de investigación, con valores de fiabilidad adecuados para muestras, pero no para individuos, por lo cual no es apropiado para valoración clínica; (4) es una escala relativamente “nueva” y por lo cual faltan datos más extensos y duraderos.

ASQ: Cuestionario de estilos de apego

Apellido y nombre:	Edad:	Fecha:
A continuación encontrarás una serie de afirmaciones. Marca el número que se corresponda al grado en que cada una de ellas describe tus sentimientos y tu forma de comportarte en tus relaciones.		

1	2	3	4	5	6
Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo

1. En conjunto, soy una persona válida	1	2	3	4	5	6
2. Es más fácil llegar a conocerme que a la mayor parte de la gente	1	2	3	4	5	6
3. Confío en que los otros estarán cuando les necesite	1	2	3	4	5	6
4. Prefiero depender de mí mismo que de los demás	1	2	3	4	5	6
5. Prefiero estar a solas	1	2	3	4	5	6
6. Pedir ayuda equivale a admitir el fracaso	1	2	3	4	5	6
7. El valor de una persona depende de sus éxitos	1	2	3	4	5	6
8. Alcanzar los objetivos es más importante que construir las relaciones	1	2	3	4	5	6
9. Dar lo máximo es más importante que estar de acuerdo con los demás	1	2	3	4	5	6
10. Si hay que hacer un trabajo, no debería importarte si alguien sale perjudicado por él	1	2	3	4	5	6
11. Para mí es importante agradar a los demás	1	2	3	4	5	6
12. Para mí es importante evitar hacer cosas que no agraden a los demás	1	2	3	4	5	6
13. Me cuesta tomar una decisión a menos que sepa lo que los demás piensan	1	2	3	4	5	6
14. Mis relaciones con los demás suelen ser superficiales	1	2	3	4	5	6
15. A veces pienso que no valgo nada	1	2	3	4	5	6
16. Me cuesta fiarme de la gente	1	2	3	4	5	6
17. Me cuesta depender de los demás	1	2	3	4	5	6
18. Noto que los demás son reticentes a entrar en confianza todo lo que yo desearía	1	2	3	4	5	6
19. Me es fácil entrar en confianza con los demás	1	2	3	4	5	6
20. Me fío fácilmente de los demás	1	2	3	4	5	6

1	2	3	4	5	6	
Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	
21. Me encuentro cómodo dependiendo de los demás	1	2	3	4	5	6
22. Me preocupa que a los demás no les importa de mí todo lo que a mí me importa de ellos	1	2	3	4	5	6
23. Me preocupo cuando los demás entran demasiado en confianza	1	2	3	4	5	6
24. Me preocupa no estar a la altura de los otros	1	2	3	4	5	6
25. Tengo sentimientos contradictorios sobre confiarme a los demás	1	2	3	4	5	6
26. Por una parte quiero intimar, pero por otra estoy incómodo si lo hago	1	2	3	4	5	6
27. Me pregunto porqué la gente quiere relacionarse conmigo	1	2	3	4	5	6
28. Para mí es realmente importante tener una relación íntima	1	2	3	4	5	6
29. Me preocupo mucho por mis relaciones	1	2	3	4	5	6
30. Me pregunto cómo me las arreglaré sin nadie que me ame	1	2	3	4	5	6
31. Soy confiado en las relaciones con los demás	1	2	3	4	5	6
32. A menudo me siento abandonado o sólo	1	2	3	4	5	6
33. A menudo me preocupa no sintonizar con los demás	1	2	3	4	5	6
34. Los demás tienen sus problemas, por ello no los molesto con los míos	1	2	3	4	5	6
35. Al discutir mis problemas con los demás, suelo avergonzarme y sentirme estúpido	1	2	3	4	5	6
36. Estoy muy ocupado en otras cosas como para dedicar mucho tiempo a las relaciones	1	2	3	4	5	6
37. Si algo me molesta, los demás suelen darse cuenta y preocuparse	1	2	3	4	5	6
38. Confío en que los demás me están agradecidos y me respetan	1	2	3	4	5	6
39. Me siento frustrado cuando los demás no están disponibles cuando los necesito	1	2	3	4	5	6
40. Los demás suelen no cumplir con mis expectativas	1	2	3	4	5	6

Bibliografía

- AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATER, E., WALL, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- BARTHOLOMEW, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. In *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, pp.147-178.
- BARTHOLOMEW, K.E SHAVER, P.R. (1998). "Methods of assessing adult attachment: Do they converge?" In SIMPSON J.A. E RHOLES W.S. (a cura di), *Attachment theory and close relationships*. Guilford Press New York, NY, pp. 25-45.
- BOWLBY, J. (1973). Separation. Vol.2. Attachment and Loss (2nd ed.). Basic Books, New York.
- BRENNAN, K.A., SHAVER, P.R. (1998). "Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving". *Journal of Personality*, 66, pp. 835-878.
- BRENNAN, K.A., CLARK, C.L., SHAVER, P.R. (1998). "Self-report measurement of adult attachment". In SIMPSON J.A. & RHOLES W.S. (a cura di), *Attachment theory and close relationships*. Guilford Press, New York, NY, pp. 46-76.
- FEENEY, J.A. (1995). "Adult attachment and emotional control". In *Personal Relationships*, 2, pp. 143-159.
- FEENEY, J.A., NOLLER, P., HANRAHAN, M. (1994). Assessing adult attachment. Spertling, MB.
- FEENEY, J.A., NOLLER, P., HANRAHAN, M. (1994). "Assessing adult attachment". In SPERLING M.B. e. BERMAN W.H. (a cura di), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. Guilford Press, New York, NY, pp.128-152
- FOSSATI, A., FEENEY, J.A., CARRETTA, I., GRAZIOLI, F., MILESI, R., BAGNATO, M., CARRETTA, I., LEONARDI, B., MAFFEI, C. (2005). "Modelling the relationships between adult attachment patterns and Borderline Personality Disorder: the role of impulsivity and aggressiveness". In *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, pp. 520-537.
- FOSSATI, A., FEENEY, J.A., DONATI, D., DONINI, M., NOVELLA, L., BAGNATO, M., ACQUARINI, E., MAFFEI, C. (2003). "On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and non-clinical subjects". In *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, pp. 55-79.
- FOSSATI, A., FEENEY, J.A., DONATI, D., DONINI, M., NOVELLA, L., BAGNATO, M., CARRETTA, I., LEONARDI, B., MIRABELLI, S., MAFFEI, C. (2003). "Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: A multivariate study". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, pp. 30-37.
- FRALEY, R.C., SPIEKER, S.J. (2003). "Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of Strange Situation Behavior". In *Developmental Psychology*, 39, pp. 387-404.
- FRALEY, R.C., WALLER, N.G. (1998). "Adult attachment patterns. A test of the typological model2. In SIMPSON J.A e. RHOLES W.S (a cura di), *Attachment theory and close relationships*. Guilford Press, New York, NY, pp. 77-114
- GEORGE, C., KLAPLAN, N., MAIN, M. (1985). "An Adult Attachment Interview: Interview protocol" (manuscrito no publicado). Department of Psychology, University of California, Berkley.

- GORSUCH, R.L. (1983). *Factor analysis* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- HAZAN, C., SHAVER, P.R. (1987). "Romantic love conceptualized as an attachment process". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp. 511-524.
- LEVY, M.B., DAVIS, K.D. (1988). "Love styles and attachment styles compared: Their relations to each other and to various relationship characteristics". In *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, pp. 439-471.
- MAIN, M., KAPLAN, N., CASSIDY, J. (1985). "Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation". In BRETHERTON I. & WATERS E. (a cura di), *Monographs of the Society for Research in Child Development Growing points in attachment theory and research*, 50, pp. 66-104.
- MCCRAE, R.R., ZONDERMAN, A.B., COSTA, P.T., BOND, M.H., PAUNONEN, S.V. (1996). "Evaluating replicability of factors in the revised NEO personality inventory: Confirmatory factor analysis versus Procrustes rotation". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, pp. 552-566.
- MCLACHLAN, G.J., BASFORD, K.E. (1988). *Mixture models. Inference and applications to clustering*. Marcel Dekker, New York, NY.
- PARKER, G., TUPLING, H., BROWN, L.B. (1979). "A parental bonding instrument". In *British Journal of Medical Psychology*, 52, pp. 1-10.
- SIMPSON, J.A. (1990). "Influence of attachment styles on romantic relationships". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, pp. 971-980.
- SIMPSON, J.A., RHOLES, S.W. (1998). "Attachment in adulthood". In SIMPSON J.A. E RHOLES W.S. (a cura di), *Attachment theory and close relationships*. Guilford Press, New York, NY: pp. 3-21

BIS-11 (*Escala de Impulsividad de Barrat*)⁴

Los instrumentos que actualmente existen para medir la impulsividad reflejan las teorías que las han generado y la base sobre la cual se han perfeccionado. Pero cada medida ofrece una visión parcial (la propia teoría desde la que han sido construidos) del constructo que pretenden explorar. Ernest S. Barratt (Barratt, 1987, 1993, 1995; Barratt, Slaughter, 1998) intenta evitar esta carencia incluyendo los aportes de diferentes disciplinas teóricas, pero sin caer en una integración ecléctica que yuxtapone información de manera aditiva y poco cohesiva. Su pensamiento de base es que los progresos reales sólo pueden conseguirse si evitamos anclarnos a una teoría específica y nos colocamos en una perspectiva más “neutral” respecto a las teorías vigentes (Barratt, 1987).

Desde esta visión, la impulsividad sería parte de un grupo de rasgos “orientados a la acción” (*action-orientated*, Barratt, 1993), como extraversión y búsqueda de sensaciones, relacionados con el actuar, e independientes de rasgos más afectivos (*mood-feeling*), como la ansiedad o la depresión, más relacionados con el pensar o el sentir. Idealmente, la valoración de la impulsividad debería integrar datos provenientes de al menos cuatro dominios: biológico, cognitivo, conductual y ambiental. La convergencia de estos datos permitiría crear un modelo abierto a una continua evolución, puesto que los datos actuales (no definitivos) se contrastarían independientemente de los aportes teóricos de partida. Esta aproximación ideal sería de verdad “neutral” respecto a la teoría.

Los componentes de la impulsividad se definen a partir de la interacción de los componentes ya citados. Para Barrat, la impulsividad es un rasgo de personalidad, es decir un sistema dotado de una dimensión temporal, y prevé dos circuitos de retroalimentación entre el sistema cognitivo-biológico y el conductual-biológico. Separar el sistema biológico del cognitivo es una ficción para representar esquemáticamente el modelo. Barratt nunca ha sostenido la dualidad cartesiana mente-cuerpo. Para el modelo de impulsividad de Barrat la actividad cognitiva no puede ser independiente del cerebro, pero a la vez, la mente no puede ser explicada completamente desde el cerebro sin considerar el ambiente social.

Sobre la base de estas consideraciones, Barratt ha defendido la importancia de obtener para cada sujeto datos provenientes de varias aproximaciones (psicométrica, neuropsicológica, psicofisiológica, laboratorio, etc.), avalados por medidas diferentes entre sí que indaguen los diferentes correlatos de la impulsividad. Para obtener un índice compuesto, fiable y válido de la impulsividad y, al mismo tiempo, neutral respecto a las teorías, la validez del constructo debería ser testada con una metodología similar a la de las matrices multimétodo-multirasgo ideadas por Campbell y Fiske (1959).

El componente psicométrico es una base irrenunciable del índice de impulsividad. Con este objetivo, Barratt ha desarrollado el **BIS** (*Escala de Impulsividad de Barrat*, *Barratt Impulsiveness Scale*; Barratt, 1959), corrigiéndola a lo largo de los años con varias revisiones hechas a partir de verificaciones empíricas de las propiedades psicométricas de la misma. Es el primer cuestionario auto-aplicado para medir exclusivamente la impulsividad. Ha sido la base de programas de investigación sobre impulsividad durante décadas, siendo revisada y corregida numerosas veces. Las puntuaciones totales

⁴Hay versión española (“Evaluación de la impulsividad”, Portilla et al, *Ars Médica*, 2005)

de cada forma de la BIS (hasta la fecha se han hecho ya once versiones) han sido correlacionados significativamente (0.65 a 0.98), pese a que las subescalas que la componen hayan sido modificadas.

Las revisiones hechas durante los últimos cuarenta años persiguieron dos objetivos psicométricos bien precisos: definir un grupo de ítems para medir la impulsividad de manera “pura”, es decir, lo más independiente posible tanto de medidas afectivas (ansiedad, depresión, etc.) como de medidas de “acción”. Las sucesivas revisiones y correcciones de ítems fueron hechas no solo para mejorar la consistencia interna de la escala, sino también para eliminar aquellos ítems que correlacionaban con las medidas de ansiedad. Ya ha sido demostrada por análisis factorial la relación ortogonal entre la impulsividad medida por la BIS y la ansiedad (Barratt, 1965), demostrando que la BIS no correlaciona de manera significativa con ninguna medición de ansiedad o inestabilidad emocional (en más de 50 aplicaciones), siendo la impulsividad una medida independiente.

La segunda versión (BIS-2) se articula en cinco escalas: ausencia de persistencia, optimismo social, ausencia de inhibición motora, agresividad-autonomía y orientación a la acción. La BIS-5 rescata cuatro factores ortogonales entre sí: velocidad de respuesta cognitiva, ausencia de control de impulsos, búsqueda de aventura-extraversión y riesgo. La BIS-6 tiene seis subescalas: control motor, variabilidad intraindividual, intereses impulsivos, riesgo, relaciones interpersonales y “control de impulsos”. La BIS-10, de 34 ítems, define tres subescalas: impulsividad motora (actuar sin pensar), impulsividad cognitiva (tomar decisiones demasiado velozmente) e impulsividad de no planificación (orientación al presente a expensas del futuro). El análisis factorial ha confirmado la estructura de tres factores. Otros estudios (Luengo, Carrello-de-la Pena, Otero, 1991) no han logrado replicar el factor de impulsividad cognitiva.

A partir de estos datos se terminó la undécima versión (BIS-11, Patton, Stanford, Barratt, 1995). Es un cuestionario autoaplicado de 30 ítems evaluados por una escala de Likert (1 = Raramente/Nunca; 2 = A veces; 3 = A menudo; 4 = Casi siempre /Siempre), distribuidos arbitrariamente, y algunos de ellos con puntuación inversa, para reducir el riesgo de sesgos en las respuestas.

En el estudio de Patton y colaboradores (1995), que evaluó a cuatro grupos de sujetos (412 estudiantes universitarios, 164 sujetos con diagnóstico de abuso de sustancias, 84 pacientes psiquiátricos y 73 sujetos encarcelados) se identificó una estructura de seis factores de primer orden y tres factores de segundo orden. Los factores de primer orden son: atención (centrarse en el cumplimiento de la tarea), impulsividad motora (actuar según el impulso del momento), autocontrol (planificar y pensar atentamente), complejidad cognitiva (placer en tareas mentales complejas), perseverancia (estilo de vida coherente) e inestabilidad cognitiva (pensamientos intrusos que se presentan a gran velocidad). Los factores de segundo orden, cada uno compuesto por dos de primer orden, son: Impulsividad atencional (atención + inestabilidad cognitiva); Motora (impulsividad motora + perseverancia) e Impulsividad de no planificación (autocontrol + complejidad cognitiva). Todos los factores de primer orden correlacionaron significativamente (entre .15 y .42, $p < .0001$), mientras que los factores de segundo orden mostraron correlaciones recíprocas (entre .46 y .53, $p < .0001$). Estos datos pueden ser considerados como una prueba de que el grupo de ítems constituye una medida general del rasgo impulsividad.

La BIS-11 tiene buena consistencia interna, con valores α de Cronbach parejos (.79, .80, .82 y .83, en los sujetos con Abuso de Sustancias, encarcelados, pacientes psiquiátricos y estudiantes universitarios,

respectivamente). La puntuación total del BIS-11 correlacionó significativamente con el de la BIS-10 ($r = .98, p < .0001$). Obviamente, el grupo de estudiantes fue el que obtuvo menor puntuación, mientras que el grupo de abuso de sustancias, y más aun el de encarcelados, obtuvieron una mayor puntuación significativa. Se observó una distribución análoga en el grupo de pacientes psiquiátricos (Patton, Stanford, Barratt, 1995).

A continuación se transcriben algunas correlaciones obtenidas por el grupo de Fossatti.

Tabla 4. Correlaciones entre el BIS 11 y las escalas del TCI-r (N = 461).

TCI-r	Impulsividad motora	Impulsividad atencional	No planificación	BIS-11 total
Temperamento				
Búsqueda de novedad	.56*	.32*	.42*	.54*
Evitación del daño	-.01	.28*	.21*	.19*
Dependencia de la recompensa	.05	-.09	-.07	-.04
Persistencia	-.10	-.43*	-.33*	-.35*
Carácter				
Autodirección	-.36*	-.25*	-.43*	-.43*
Cooperación	-.28*	-.17*	-.24*	-.29*
Trascendencia	.17*	-.06	.04	.07

*: Coeficientes de correlación significativos según procedimiento de Bonferroni ($p < .004$).

Tabla 5. Correlaciones entre el BIS-11 y los TP del DSM en una muestra clínica (N= 461)

TP (SCID-II)	Impulsividad motora	Impulsividad atencional	No planificación	BIS-11 total
Evitativo	-.18*	-.02	-.02	-.10
Dependiente	-.06	.06	.07	.03
Obsesivo-Compulsivo	-.24*	-.21*	-.14*	-.25*
Paranoide	.06	.08	.03	.07
Esquizotípico	.04	-.02	.02	.02
Esquizoide	-.02	-.04	.01	.03
Histriónico	.20*	.08	.11	.17*
Narcisista	.24*	.15*	.12	.21*
Borderline	.29*	.20*	.29*	.32*
Antisocial	.28*	.10	.08	.15*
Negativista (apéndice)	.25*	.22*	.20*	.29*
Depresivo (apéndice)	-.15*	-.02	.01	.07
Nº de diagnósticos de TP DSM-IV	.09	.16*	.16*	.17*

*: Coeficientes de correlación significativos según procedimiento de Bonferroni ($p < .003$).

Bibliografía

- BALL, S. A., TENNEN H., POLING J.C., KRANZLER, H.R., ROUNSAVILLE B.J. (1997), "Personality, temperament and character dimensions in substance abusers". In *Journal of Abnormal Psychology*, 106, pp. 545-553.
- BARRATT, E.S. (1959), "Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency". In *Perceptual and Motor Skills* 9, pp. 191-198.
- BARRATT, E.S. (1965), "Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety". In *Psychological Reports* 16, pp. 547-554.
- BARRATT, E.S. (1987), "Impulsiveness and anxiety: information processing and electro-encephalograph topography". In *Journal of Research in Personality*, 21, pp. 453-463.
- BARRATT, E.S. (1993), "Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological and environmental data". In McCOWAN, W.G., JOHNSON, J.L. & M.B. SHURE, *The impulsive client: Theory, research and treatment*. pp. 39-56, American Psychological Association, Washington, DC.
- BARRATT, E.S., SLAUGHTER, L. (1998), "Defining, measuring and predicting impulsive aggression: a heuristic model". In *Behavioral Sciences and the Law* 16, pp. 285-302.
- CAMPBELL, D.T., FISKE, D.W. (1959), "Convergent and discriminant validation by the multi-trait-multimethod matrix". In *Psychological Bulletin* 56, pp. 81-105.
- CLONINGER, C.R., PRZYBECK, T.R., SVRAKIC, D.M., WETZEL, R.D. (1994), *The Temperament and Character Inventory (TCI) a Guide to its Development and Use*. Center for Psychology of Personality, Washington University, St.Luis.
- DOUGHERTY, D.M., BJORK, J.M., HUCKABEE, H.C., MOELLER, F.G, SWANN A.C. (1999), "Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with Borderline personality disorder". In *Psychiatry Research*; 85, pp. 315-326.
- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS, J.B.W, BENJAMIN, L., (1994), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*, Version 2.0. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York.
- FLORY J.D., HARVEY P., MITROPOULOU V, NEW, A., SILVEMAN, J.M., SIEVER, L. (2006), "Dispositional impulsivity in normal and abnormal samples". In *Psychiatric Research* 140(5), pp. 438-447
- FOSSATI, A., DI CEGLIE, A., ACQUARINI, E., BARRATT, E.S., (2001), "Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non-clinical subjects". In *Journal of Clinical Psychology*, 57, pp. 815-828.
- FOSSATI, A., BARRATT, E.S., BORRONI S., VILLA D, GRAZIOLI, F, MAFFEI, C. (2006), "Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders". In *Psychiatry Research*, 149, pp. 157-167.
- HORN, J.L., (1965), "A rationale and test for the number of factors in factor analysis". In *Psychometrika*, 30, pp. 179-185.
- LEVENE, M.S. (1990), *Canonical analysis and factor comparison*. Sage, Newbury Park, CA.
- LINKS, P.S., HESLEGRAVE, R, VAN REEKUM, R., (1999), "Impulsivity: core aspect of Borderline personality disorder". In *Journal of Personality Disorders* 13 (1), pp. 1-9.

LUENGO, M., CARRILLO-DE-LA-PENA, M., OTERO, J., (1991), "The components of impulsiveness: a comparison of the I.7 Impulsiveness Questionnaire and the Barratt Impulsiveness Scale". In *Personality and Individual Differences* 12, pp. 656-667.

MOELLER, F.G., BARRATT, E.S., DOUGHERTY, D.M., SCHMITZ, J.M., SWANN, A.C., (2001), "Psychiatric aspects of impulsivity". In *American Journal of Psychiatry* 158, pp. 1783-1793.

PATTON, J.H., STANFORD, M.S., BARRATT, E.S. (1995), "Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale". In *Journal of Clinical Psychology*, 51, pp. 768-774.

RAINE, A., DODGE, K., LOEBER, R. GADTZKE-KOPP, LYNAM, D., REYNOLDS, C, STOUTHAMER-LOEBER, M., LIU, J. (2006), "The reactive-proactive Aggression Questionnaire: differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys". In *Aggressive Behavior*, 32, pp. 159-171.

SVRAKIC, D.M., WHITEHEAD, C., PRZYBECK, T.R., CLONINGER, C.R. (1993), "Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character". In *Archives of general psychiatry*. 50(12): pp. 991-9.

Inventario de Personalidad Narcisista (NPI: *Narcissistic Personality Inventory*)

El constructo del narcisismo, aún hoy controvertido, tiene notables implicaciones, no sólo en clínica (Kernberg, 1992; Kohut, 1971) sino también en psicología social y las diferencias individuales (Baumeister, Boden, Smart, 1996). Uno de los factores que ha retrasado la investigación sobre este aspecto de la personalidad ha sido la ausencia de instrumentos de medición del narcisismo aplicables a estudios en diferentes contextos.

El NPI (*Narcissistic Personality Inventory*; Raskin, Hall, 1979; Raskin, Terry, 1988) es un instrumento autoaplicado construido para valorar el narcisismo desde una óptica dimensional tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. Si bien la escala no mide el TP Narcisista, la prueba se basa en los criterios del TP Narcisista del DSM-II (*American Psychiatric Association*, 1980). Utilizar criterios aplicables en el ámbito clínico, pero valorados dimensionalmente, lo hacen idóneo para aplicar en el ámbito social y de las diferencias individuales. Por otra parte, al basarse en una definición ateórica (mejor dicho trans-teórica) del narcisismo (*American Psychiatric Association*, 1980) permite utilizar un lenguaje común entre clínicos e investigadores, facilitando el intercambio de información y resultados entre investigadores de diferentes orientaciones teóricas.

El constructo subyacente al NPI considera al narcisismo como un estilo personalológico caracterizado por grandiosidad, fantasías de éxito, belleza o poder ilimitados, sensaciones de tener derecho a todo (*sense of entitlement*)⁵, elevada sensibilidad a la crítica y manipulación en las relaciones interpersonales (características casi invariables a lo largo de las sucesivas ediciones del DSM).

El desarrollo de teorías sobre el narcisismo y la disponibilidad de medidas ágiles como el NPI han favorecido la investigación, con un incremento de artículos indexados en PsychInfo (405 artículos entre 1969 y 1978, y 1791 artículos entre 1989-1998) (Soyer, Rovenpor, Kopelman, Mullins, Watson, 2001). Un estudio reciente ha encontrado, entre 1979 y 2003, 146 estudios en PsychInfo, que han utilizado el NPI (Del Rosario, White, 2005). Es un instrumento ampliamente utilizado y aceptado como medida dimensional del narcisismo en el ámbito no clínico. En cambio, hay un solo artículo que muestra evidencias a favor de la validez del NPI en el ámbito clínico (Prifitera, Ryan, 1984).

En su origen, el NPI tenía 223 ítems, cada uno constituido por un par de afirmaciones antitéticas relativas a actitudes personales. Quien responde el test debe seleccionar la que más coincida con su forma de ser. Tras varios análisis, los ítems fueron reducidos a 54 (Raskin, Hall, 1979, 1981). Emmons (1984, 1987) efectuó un análisis factorial de esta versión, con la que obtuvo cuatro componentes: Autoridad-liderazgo; Superioridad-arrogancia; Autoabsorción-autoadmiración y Manipulación-Pretencioso. Cada escala está compuesta por 9 a 12 ítems no incluidos en otras. Esta versión obtuvo valores de consistencia interna (α de Cronbach) en dos estudios. En el primero, Emmons (1984) calculó valores de α de Cronbach de .86, .79, .69, .69 y .74 para el total de NPI y para cada una de las cuatro escalas respectivamente. Los valores α de Cronbach del segundo estudio (Emmons, 1987) fueron .87, .69, .70, .81 y .68, respectivamente. Una serie de estudios posteriores confirmaron la fiabilidad y validez de la versión de 54 ítems (Prifitera, Ryan, 1984; Raskin, Hall, 1979, 1981; Watson, Grisham, Trotter, Biderman, 1984; Watson, Hood, Morris, 1984).

⁵N del T: No hay traducción para "*entitlement*". Lo más adecuado es la frase "se cree con derecho a todo". En esta traducción utilizaremos indistintamente "pretencioso" o la palabra en inglés ("*entitlement*") entre comillas.

A partir del estudio de Raskin y Terry (1988), y a partir de un análisis de los componentes principales, el NPI se redujo a la versión actual de 40 ítems (Raskin y Hall, 1988), con siete subescalas: Autoridad; Exhibicionismo; Superioridad; Pretencioso; Manipulación; Autosuficiencia; y Vanidad. Cada escala está compuesta de 3 a 8 ítems que no puntúan en el resto de escalas. Pese al elevado tamaño de la muestra ($N = 1018$), los coeficientes de consistencia interna (13 de Guttman, análogo al coeficiente α de Cronbach) mostraron valores aceptables sólo para la puntuación total del NPI (.83) y la escala Autoridad (.73). Rosario y White (2005) obtuvieron resultados semejantes en una muestra de 175 estudiantes universitarios estadounidenses, con predominio de género femenino. Sorprendentemente, desde entonces no se ha publicado ningún otro estudio de fiabilidad y validez.

Globalmente, el NPI es un instrumento muy utilizado en investigación, fiable, con elevada consistencia interna (Raskin y Terry, 1988) y consistencia temporal (Del Rosario, White, 2005), y con validez de constructo, al menos para la versión previa, de 54 ítems. La estructura factorial presenta más dudas: por una parte se sugiere una estructura multifactorial, pero por otra el número de factores no ha podido ser replicado en estudios independientes. Son necesarias más pruebas para demostrar su utilidad clínica.

Tabla 6. Correlaciones entre NIP y TP del DSM-IV en una muestra clínica (N= 366)

TP (SCID-II)	NPI total
Evitativo	-.28
Dependiente	-.17
Obsesivo-Compulsivo	-.06
Paranoide	.00
Esquizotípico	.01
Esquizoide	.07
Histriónico	.35
Narcisista	.45
Borderline	.13
Antisocial	.04
Negativista (apéndice)	.20
Depresivo (apéndice)	-.21

En negritas los coeficientes de correlación significativos según procedimiento de Bonferroni ($p < .00417$).

En la validación de la versión italiana hemos encontrado correlaciones positivas significativas con el TP Histriónico ($r = .28, p < .001$) y el TP Negativista ($r = .51, p < .001$), dos TP con correlación significativa entre ellos ($r = .23, p < .001$). Además de validez convergente para el TP Narcisista, el NPI ha demostrado tener validez discriminatória: correlaciona negativamente con los TP Evitativo,

Dependiente y Depresivo, TP caracterizados por inseguridad y visión negativa de sí mismos (American Psychiatric Association, 1994).

NPI. Lea cada par de afirmaciones y marque la casilla de la que mejor describa su manera de sentir y pensar

1	Tengo habilidad para influir en los demás	1	No soy bueno/a para influir en los demás
2	La modestia no me sienta bien, no va conmigo	2	Soy esencialmente una persona modesta
3	Haría cualquier cosa si me retaran a hacerla	3	Tiendo a ser una persona precavida
4	En ocasiones, cuando me halagan, me siento apenado/a	4	Sé que soy capaz puesto que todo el mundo me lo repite
5	La idea de gobernar el mundo me asusta muchísimo	5	Si yo gobernara el mundo, éste sería un lugar mucho mejor
6	Logro persuadir a los demás para salir de cualquier aprieto	6	Trato de asumir las consecuencias de mi conducta
7	Prefiero ser uno del montón	7	Me gusta ser el centro de atención
8	Yo, tendré éxito	8	Ser exitoso no me preocupa demasiado
9	No soy mejor ni peor que la mayoría de la gente	9	Considero que soy una persona especial
10	No estoy seguro/a de poder ser un buen líder	10	Me veo a mí mismo/a como un buen líder
11	Soy asertivo (defiendo con firmeza opiniones aunque haya desacuerdo)	11	Desearía ser más asertivo de lo que soy
12	Me agrada tener autoridad sobre los demás	12	No me desagrada recibir órdenes
13	Me es fácil manipular a las personas	13	No me gusta verme manipulando a las personas
14	Debo insistir para recibir el respeto que merezco	14	Generalmente obtengo el respeto que merezco
15	No tengo especial gusto en exhibir mi cuerpo	15	Me gusta exhibir mi cuerpo
16	La gente para mí es como un libro abierto	16	En ocasiones me es difícil entender a la gente
17	Si me siento competente asumo tomar decisiones	17	Me gusta asumir la responsabilidad de tomar decisiones
18	Sólo deseo ser razonablemente feliz	18	Quiero llegar a ser alguien a los ojos del mundo
19	Mí cuerpo no es algo fuera de lo común	19	Me gusta mirar mi cuerpo
20	Procuro no ser un presumido/a	20	Tiendo a presumir si tengo la oportunidad
21	Siempre sé lo que estoy haciendo	21	En ocasiones no estoy seguro de lo que estoy haciendo
22	A veces necesito ayuda para terminar las cosas	22	Rara vez dependo de alguien para terminar las cosas
23	A veces cuento buenas anécdotas	23	A todo el mundo le gusta escuchar mis anécdotas
24	Espero mucho de los demás	24	Me gusta hacer cosas para los demás
25	No estaré contento hasta que reciba todo lo que merezco	25	Disfruto de las cosas como van llegando
26	Los halagos me incomodan	26	Me encanta sentirme halagado

27	Tengo un fuerte deseo de poder	27	El poder en sí mismo no me interesa
28	No me interesan mucho las nuevas modas y tendencias	28	Me gusta iniciar las nuevas modas y tendencias
29	Me gusta mirarme al espejo	29	No tengo particular interés por mirarme en el espejo
30	Realmente me gusta ser el centro de atención	30	Me incomoda ser el centro de atención
31	Puedo vivir mi vida de la forma que yo deseo	31	La gente no siempre puede vivir su vida como desea
32	Ser una autoridad no me significa gran cosa	32	Los demás parecen reconocer siempre mi autoridad
33	Preferiría ser líder	33	Me da casi lo mismo ser líder que no serlo
34	Seré una persona ilustre	34	Espero tener éxito en el futuro
35	En ocasiones la gente cree lo que digo	35	Soy capaz de lograr que me crean cualquier cosa que digo
36	Soy un líder nato	36	El liderazgo requiere mucho tiempo para desarrollarse
38	Me disgusta que no se fijen en mí cuando salgo en público	38	No me molesta no sobresalir cuando salgo en público
39	Soy más capaz que los demás	39	Hay mucho que aprender de los demás
40	Soy como cualquier otra persona	40	Soy una persona extraordinaria

Autoridad: 1, 8, 10, 11, 12, 32, 33, 36. **Exhibicionismo:** 2, 3, 7, 20, 28, 30, 38. **Superioridad:** 4, 9, 26, 37, 40. **Pretencioso (entitlement):** 5, 14, 18, 24, 25, 27. **Explotación:** 6, 13, 16, 23, 35. **Autosuficiencia:** 17, 21, 22, 31, 34, 39. **Vanidad:** 15, 19, 29.

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- BAUMEISTER, R.F., BODEN J.M., SMART L. (1996), "Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem". In *Psychological Review*, 103 (1), pp.5-33.
- DEL ROSARIO, P.M., E WHITE, R.M. (2005), "The Narcissistic Personality Inventory: test-retest stability and internal consistency". In *Personality and Individual Differences*, 39, pp. 1075-1081.
- EMMONS, R.A. (1984), "Factor analysis and construct validity of the Narcissistic Personality Inventory". In *Journal of Personality Assessment*, 48, pp. 291-300.
- EMMONS, R.A. (1987), "Narcissism: theory and measurement". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp. 11-17.
- EVERETT, J. E. (1983), "Factor comparability as a means of determining the number of factors and their rotation". In *Multivariate Behavioral Research*, 18, pp 197-210.
- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS J.B.W, BENJAMIN, L. (1994), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York.
- JOUBERT, C.E. (1989), "The Famous Sayings test: sex differences and some correlations with other variables". In *psychological reports*, 64 (3), pp. 763-766.
- KERNBERG, O.F. (1992), *Aggression in personality disorders and perversions*. Yale University Press, New Haven.
- KOHUT, H. (1971), *The analysis of the self*. Hogarth Press, London.
- MAFFEI, C., FOSSATI, A., AGOSTONI, I., BARRACO, A., BAGNATO, M., DONATI, D., E COLL. (1997), "Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II),Version 2.0". In *Journal of Personality Disorders*, 11, pp. 279-284.
- MCCRAE, R. R., ZONDERMAN, A. B., COSTA, P. T., JR., BOND, M. H., E PAUNONEN, S. (1996), "Evaluating replicability of factors in the Revised NEO Personality Inventory: Confirmatory factor analysis versus Procrustes rotation". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, pp. 552-566.
- PRIFITTERA, A., E RAYAN, J. (1984), "Validity of the Narcissistic Personality Inventory in a psychiatric sample". In *Journal of Clinical Psychology*, 40, pp. 140-142.
- RASKIN, R.N., E HALL, C.S. (1979), "A narcissistic personality inventory". In *Psychological Reports*, 45, pp. 590.
- RASKIN, R.N., E HALL, C.S. (1981), "The Narcissistic Personality Inventory: alternate form reliability and further evidence of construct validity". In *Journal of Personality Assessment*, 45, pp. 159-162.
- RASKIN, R.N., E TERRY, H. (1988), "A principal-component analysis of the narcissistic personality inventory and further evidence of its construct validity". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, pp. 890-902.

SOYER, R.B., ROVENPOR, J.L., KOPELMAN, R.E., MULLINS, L.S., E WATSON, P.J. (2001), "Further assessment of the construct validity of four measures of narcissism: replication and extension". In *Journal of Psychology*, 135, pp. 245-259.

WATSON, P.J., GRISHAM, S.O., TROTTER, M.V., E BIDERMAN, M.D. (1984), "Narcissism and empathy: validity evidence for the Narcissistic Personality Inventory". In *Journal of Personality Assessment*, 48, pp. 301-305.

WATSON, P.J., HOOD, R.W., E MORRIS, R.J. (1984), "Religious orientation, humanistic values, and narcissism". In *Review of Religious Research*, 25, pp. 257-264.

WATSON, P.J., TAYLOR, D., E MORRIS, R.J. (1987), "Narcissism, sex roles, and self functioning". In *Sex Roles*, 16, pp. 335-350.

Escala de Narcisismo Hipersensitivo (HSNS: *Hypersensitive Narcissism Scale*)

El interés por el constructo “narcisismo”, tanto clínico como social, ha aumentado en los últimos años. Hay aproximaciones desde muy diversos puntos de vista: cultural (Lasch, 1979; Nelson, 1977; Stern, 1979), socio-cognitivo (Baumeister, Boden, Smart, 1996) y clínico (Kernberg, 1980, 1992; Kohut, 1971; Ronningstam, 1998). A raíz de un interés creciente de diferentes campos de la psicología, y a la luz de los progresos clínicos en la comprensión de los aspectos desadaptativos del narcisismo, el diagnóstico de TP Narcisista fue agregado en la tercera edición del DSM (DSM-III; *American Psychiatric Association*, 1980), y ha sido mantenido en las sucesivas revisiones del manual, hasta la fecha.

Autores muy importantes que se han ocupado del constructo “narcisismo” y sus trastornos (Akhtar, Thomson, 1982; Cooper, 1981, 1998; Kohut, 1971; Gabbard, 1989, 1998; Masterson, 1993) han sugerido la posibilidad de diferenciar dos subtipos. El primero, **manifiesto** (overt) (Akhtar y Thomson, 1982; Cooper, 1998; Gabbard, 1989, 1998; Kernberg, 1992; Kohut, 1971), se corresponde en gran medida con las características diagnósticas del TP Narcisista del DSM-IV: la grandiosidad narcisista lleva a una expresión directa del exhibicionismo, de la propia importancia exaltada y de la preocupación por recibir admiración (Wink, 1996). El segundo, denominado “cerrado” (Masterson, 1983), “hipervigilante” (Gabbard, 1989), “hipersensible” (Hendin, Cheek, 1997), “vulnerable” (Wink, 1991) y **encubierto** (covert) (Akhtar, Thomson, 1982; Cooper, 1998; Wink, Donahue, 1997), se caracteriza por aparente hipersensibilidad, ansiedad e inseguridad, tras la cual subyacen fantasías grandiosas escondidas (Kernberg, 1986), que sólo se perciben tras una relación más íntima (la que surge a la largo de una psicoterapia de orientación dinámica, por ejemplo). Es interesante subrayar que ambos subtipos comparten un núcleo psicopatológico formado por la tendencia a la manipulación y el “*entitlement*”⁶.

Si estos subtipos son válidos, no reconocer el subtipo encubierto podría llevarnos a errores diagnósticos, tanto por no diagnosticar como por confundirla con otros TP (Dickinson, Pincus, 2003). De hecho, el subtipo encubierto suele ser confundido con otros TP, especialmente el Evitativo y el Borderline (Dickinson, Pincus, 2003). Gabbard (1998) señala tres características del narcisismo encubierto (dependencia en las relaciones íntimas, expresión emocional inadecuada y falsa humildad) que pueden ser erróneamente consideradas como características de un TP Dependiente. Del mismo modo, las ideas de referencia por hipersensibilidad a los estímulos sociales, la ansiedad social, la dificultad para confiar en los demás, el retiro social y la pobreza en la vida sexual, frecuentes en el narcisista encubierto (Gabbard, 1998), podrían ser erróneamente diagnosticadas como características de TP del cluster A. En otras palabras, las características del narcisismo encubierto se encuentran en varios TP del DSM-IV.

Pese a la relevancia clínica y teórica de la distinción de los dos subtipos de narcisismo, hay muy pocos estudios sobre el tema. En un estudio hecho con una muestra no clínica (N = 350), Wink (1991), aplicando análisis factorial sobre una serie de medidas para valorar el narcisismo, ha logrado demostrar por primera vez la existencia de dos factores ortogonales que explican correlaciones con escalas del

⁶N del T: ambos componentes muy ligados a “psicopatía”, que no debe confundirse con “Antisocial” (Forti et al, 2008)

MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*): uno, denominado “vulnerabilidad y sensibilidad”, y otro, caracterizado por “grandiosidad y exhibicionismo”. Hace muy poco, Dickinson y Picus (2003) han llegado a conclusiones semejantes utilizando el NPI (*Narcissistic Personality Inventory*, Raskin, Hall, 1979) en una muestra no clínica. Estos autores identificaron dos subtipos de patología narcisista, que han definido como “grandioso” y “vulnerable”, con diferentes patrones de asociación con los TP del DSM-IV, variables interpersonales y tipos de apego.

El factor principal en la obstaculización de la investigación empírica sobre los dos subtipos ha sido la escasez de medidas psicométricas para valorar el narcisismo encubierto. Con el objetivo de superar la ambigüedad en la conceptualización y medición del narcisismo, Hendin y Cheek (1997) han desarrollado una medición derivada de la correlación de los ítems de la escala de narcisismo de Murray (1938) con dos medidas del narcisismo encubierto tomadas del MMPI: la escala de TP Narcisista (NPDS, Ashby, 1978) y la escala de narcisismo hipersensitivo (Serkoenek, 1975). Los autores intuyeron que estas correlaciones podrían ayudar a identificar los ítems de la escala de Murray que se referían a las manifestaciones del narcisismo encubierto y facilitar la transformación de la escala en una más corta y fácil de utilizar para detectar los aspectos narcisistas que no captura el NPI.

En tres muestras de estudiantes de secundaria (N total = 403), correlacionando 20 ítems de la escala de Murray con el NPI y con la medida de narcisismo encubierto basada en las escalas del MMPI, identificaron 10 ítems que correlacionaron significativamente con la medida del narcisismo encubierto. Estos 10 ítems formaron una escala fiable denominada **HSNS** (Escala de Narcisismo Hipersensitivo, *Hypersensitive Narcissism Scale*). La escala mostró fuertes correlaciones positivas (entre .61 y .63) con la medida compuesta basada en el MMPI, y correlaciones débiles (entre .02 y .16) con el NPI. Además, encontraron patrones de correlación con variables extremas del FFM (Modelo de los Cinco Factores, Costa-McRae) y otros patrones de correlación con el NPI. Los resultados del estudio de Hendin y Cheek (1997) sugieren que el HSNS tiene las propiedades psicométricas adecuadas para ser utilizado como una alternativa a las escalas de narcisismo encubierto del MMPI (las tres muestras tenían una α de Crombach comprendida entre .72 y .76).

En su versión definitiva, el HSNS es una escala autoaplicada de 10 ítems, cuya puntuación oscila entre 10 y 50, puesto que para cada afirmación el sujeto debe expresar su grado de desacuerdo o acuerdo con una escala de Likert de cinco puntos (1 a 5). El análisis factorial muestra dos factores, que formarían dos subescalas: Egocentrismo e Hipersensibilidad al juicio de los demás.

El HSNS y el NPI muestran patrones opuestos de correlaciones con TP valorados con el SCID-II (First, Spitzer, Gibbon, Williams, Benjamin 1994). La puntuación total en el HSNS ha mostrado correlaciones débiles, pero significativas con los siguientes TP del DSM-IV valorados dimensionalmente (es decir, considerando el número de criterios presentes): Evitativo, Borderline, Paranoide y Esquizotípico. Esto sugiere una asociación entre la puntuación total en el HSNS y los diagnósticos de TP caracterizados por labilidad afectiva, ideas de referencia, retiro social, hipersensibilidad a amenazas potenciales y tendencia a leer significados escondidos en comentarios o sucesos. El NPI, en cambio, se asoció negativamente con el TP Evitativo y positivamente con el TP Histriónico y con el TP Narcisista valorado dimensionalmente. Se ha explicado la débil correlación entre la puntuación total del HSNS y el TP Narcisista argumentando que el HSNS identifica un subtipo de personalidad narcisista poco ligada a la variante manifiesta del DSM-IV. La correlación positiva entre la puntuación

total del HSNS y del NPI con el TP Negativista es coherente con los estudios que sugieren que este TP representa una variante del narcisismo patológico (Fossati, Barratt, Borroni, Villa, Grazioli, Maffei, 2007). Es interesante subrayar que la puntuación total del HSNS correlaciona también con la presencia de algún TP del DSM-IV y con el número de diagnósticos de TP. Este patrón apoya la hipótesis según la cual el HSNS mide características de personalidad potencialmente desadaptativas, pero que no son descritas explícitamente por el DSM-IV, llevando a frecuentes errores diagnósticos de otros TP del DSM-IV.

Resumiendo, la presencia de un patrón difuso de correlaciones débiles entre la puntuación total del HSNS y diversos TP del DSM-IV es congruente con observaciones previas sobre la ausencia en el DSM-IV de un grupo específico de criterios para capturar el narcisismo hipervigilante (Dickinson, Pincus, 2003). Por último, tanto la brevedad como la naturaleza operativa de sus escalas, sugieren que el HSNS podría ser utilizado como una línea de investigación para desarrollar criterios diagnósticos específicos para valorar la variante encubierta del narcisismo patológico.

Las dos subescalas del HSNS (Egocentrismo e Hipersensibilidad al juicio) han mostrado diferentes patrones de asociación con los diagnósticos de TP del DSM-IV. Controlando el efecto del Egocentrismo, la subescala de Hipersensibilidad correlaciona de manera significativa con la presencia de un diagnóstico de TP (r parcial biserial = .34, $p < .001$), con el número de diagnósticos de TP (r parcial = .29, $p < .001$) y con algunos TP, especialmente el TP Borderline (r parcial = .24, $p < .001$) y el TP Evitativo (r parcial = .18, $p < .001$). La subescala Egocentrismo, una vez controlado el efecto de Hipersensibilidad al juicio, no ha mostrado ninguna asociación con la presencia de diagnósticos de TP (r parcial biserial = -.02 $p < .60$), ni con el número de diagnósticos de TP (r parcial = .01, $p < .80$), y ha mostrado una débil correlación con el diagnóstico de dos TP: Dependiente (r parcial = -.24, $p < .005$) y Narcisista (r parcial = .12, $p < .025$). Parece entonces que el componente Egocentrismo representa una dimensión del HSNS común tanto al narcisismo manifiesto como al encubierto de la psicopatología narcisista. Nuestros resultados también confirman observaciones previas (Dickinson, Pincus, 2003; Hendin, Cheek, 1997) que sugieren que el "Entitlement" representa una característica nuclear de la patología narcisista en general, siendo compartido por los dos subtipos de narcisismo.

Las dos subescalas del HSNS (Egocentrismo e Hipersensibilidad al juicio) han mostrado correlación con las escalas del TIC-R. Hipersensibilidad correlacionó de manera significativa con Evitación del daño (r parcial = .29, $p < .001$) y con Autotranscendencia (r parcial = .21, $p < .001$) en todas las muestras. Sólo en la muestra no clínica se observó una asociación significativa entre Hipersensibilidad y baja Autodirección (r parcial = -.29, $p < .001$). En la muestra clínica, cuando el efecto de Hipersensibilidad se mantiene constante, Egocentrismo correlaciona negativamente y de manera significativa con Dependencia a la recompensa (r parcial = -.21, $p < .001$) y Cooperación (r parcial = -.25, $p < .001$).

Globalmente el HSNS parece ser una escala autoaplicada válida para medir la variante encubierta del narcisismo patológico, con una adecuada fiabilidad y consistencia interna (teniendo en cuenta su brevedad) y una adecuada validez de constructo tanto en la muestra clínica como en la no clínica. Los datos re-test sugieren una moderada estabilidad temporal de la escala a los tres meses.

Como toda medida psicométrica, tiene ventajas y limitaciones. Sus principales ventajas son: (1) breve y de fácil administración y valoración; (2) fiabilidad y validez adecuadas, tanto en muestras clínicas

Apéndice I

como no clínicas; (3) no precisa entrenamiento. Sus principales limitaciones son: (1) sesgo, como en cualquier prueba autoaplicada (en este caso, especialmente deseabilidad social); (2) demasiado “nueva”, son necesarios más datos para ratificar su fiabilidad y puntuaciones normativas.

Tabla 7. Correlaciones entre NIP y TP del DSM-IV en una muestra clínica (N= 366)

TP (SCID-II)	HSNS total	NPI total
Evitativo	.18*	-.28
Dependiente	.02	-.17
Obsesivo-Compulsivo	.08	-.06
Paranoide	.23*	.00
Esquizotípico	.19*	.01
Esquizoide	.10	.07
Histriónico	.07	.35
Narcisista	.18*	.45
Borderline	.17*	.13
Antisocial	.00	.04
Negativista (apéndice)	.18*	.20
Depresivo (apéndice)	.09	-.21
Al menos 1 diagnóstico de TP	.31*	.17*
Nº de diagnósticos de TP del DSM-IV.	.29*	.13

*: Los coeficientes de correlación significativos según procedimiento de Bonferroni ($p < .00179$).

Tabla 8. Correlaciones entre el HSNS, el NPI y el TCI-r.

	Muestra clínica (N = 366)		Muestra no clínica (N = 385)	
	HSNS	NPI	HSNS	NPI
TCI-r				
Temperamento				
Búsqueda de novedad	.07	.26*	.00	.33*
Evitación del daño	.29*	-.18*	.32*	-.29*
Dependencia de la recompensa	-.13	.05	-.23*	.08
Persistencia	-.12	.30*	.02	.38*
Carácter				
Autodirección	-.08	-.10	-.40*	-.07
Cooperación	-.24*	-.20*	-.41*	-.23*
Trascendencia	.20*	.13	.08	-.04

* Coeficientes de correlación significativos según procedimiento de Bonferroni ($p < .00179$).

HSNS: Escala de Narcisismo Hipersensitivo

Apellido y nombre: Edad: Fecha:

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones. Marca el número que se corresponda al grado en que cada una de ellas describe tu manera de sentir y tu forma de comportarte.

1	2	3	4	5
Muy poco frecuente Muy en desacuerdo	No es típico	Neutro	Típico	Muy típico Muy de acuerdo

1. Puedo quedar totalmente absorto en mis pensamientos sobre cuestiones personales, salud, intereses, o relaciones	1	2	3	4	5
2. Hacer el ridículo o comentarios ajenos pueden herir fácilmente mis sentimientos	1	2	3	4	5
3. Al entrar en un cuarto suelo sentirme incómodo y tengo la sensación que las miradas de los otros están sobre mí	1	2	3	4	5
4. No me agrada compartir con los demás méritos ni reconocimientos por un logro	1	2	3	4	5
5. Siento que ya tengo suficiente como para tener que preocuparme sobre los problemas de los demás	1	2	3	4	5
6. Me siento constitucionalmente diferente de la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
7. Suelo interpretar los comentarios de los demás de una manera muy personal	1	2	3	4	5
8. Suelo sentirme atrapado por mis propios asuntos y olvidar la existencia de los otros	1	2	3	4	5
9. No me agrada estar en un grupo al menos que sepa que alguno me aprecia	1	2	3	4	5
10. Cuando los demás me cuentan problemas o demandan tiempo o atención me siento secretamente contrariado y molesto	1	2	3	4	5

Subescalas: Egocentrismo, ítems 1, 4, 5, 8, 10; Hipersensibilidad al juicio, ítems 2, 3, 6, 7, 9.

Bibliografía

- AKHTAR, S., THOMSON, J.A., JR. (1982), "Overview: narcissistic personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 139 (1), pp 12-20.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th). Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- BALL, S. A., TENNEN H., POLING J.C., KRANZLER H.R., ROUNSAVILLE B.J. (1997), "Personality, temperament and character dimensions in substance abusers". In *Journal of Abnormal Psychology*, 106, pp. 545-553.
- BALL, S.A., TENNEN, H., KRANZLER, H.R. (1999), "Factor replicability and validity of the Temperament and Character Inventory in substance dependent patients". In *Psychological assessment*, 11, pp. 514-524.
- BAUMEISTER, R.F., BODEN J.M., SMART L. (1996), "Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem". In *Psychological Review*, 103 (1), pp. 5-33
- BUJA, A., EYUBOGLU, N. (1992), "Remarks on parallel analysis". In *Multivariate Behavioral Research*, 27, pp. 509-540.
- CHURCH, A.T., BURKE, P.J. (1994), "Exploratory and confirmatory tests of the Big Five and Tellegen's three- and four-dimensional models". In *Journal of personality and social psychology*, 66, pp. 93-114.
- CLONINGER, C.R., PRZYBECK, T.R., SVRAKIC, D.M., WETZEL. R.D. (1994), *The Temperament and Character Inventory (TCI) a Guide to its Development and Use*. Center for Psychology of Personality, Washington University, St.Luis.
- CLONINGER, C.R. (1999), *Temperament and Character Inventory – revised*. Center for Psychology of Personality, Washington University, St Louis.
- COOPER, A.M. (1981), "Narcissism". In ARIETI, S., KEITH, H., BRODIE, H., *American Handbook of Psychiatry*, vol. 4, pp. 297-316, Basic Books, New York.
- COOPER, A.M. (1998), "Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality disorder". In RONNIGSTAM, E. *Disorders of narcissism: diagnostic, clinical, and empirical implications*. pp 53-74; American Psychiatric Press, Inc. Washington DC.
- DEL ROSARIO, P.M., WHITE, R.M. (2005), "The Narcissistic Personality Inventory: Test-retest stability and internal consistency". In *Personality and Individual Differences*, 39, pp.1075-1081.
- DICKINSON, K.A., & PINCUS, A.L., (2003), "Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism". In *Journal of Personality Disorders*, 17 (3), pp. 188-207.
- EMMONS, R.A. (1987), "Narcissism: theory and measurement". In *Journal of personality and Social Psychology*, 52, pp. 11-17.
- EVERETT, J.E. (1983), "Factor comparability as a means of determining the number of factors and their rotation". In *Multivariate Behavioral Research*, 18, pp. 197-218.

- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS J.B.W., BENJAMIN, L. (1994), Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York.
- FOSSATI, A., BARRATT, E.S., BORRONI, S., VILLA, D., GRAZIOLI, F., MAFFEI, C. (2007), "Impulsivity, aggressiveness and DSM-IV personality disorders". In *Psychiatry Research*, 149, pp. 157-167.
- GABBARD, G.O. (1989), "Two subtypes of narcissistic personality disorder". In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, pp. 527-532.
- GABBARD, G.O. (1998), "Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients". In RONNIGSTAM, E., and *Disorders of narcissism: diagnostic, clinical, and empirical implications*, pp. 53-74, American Psychiatric Press, Inc., Washington DC.
- HENDIN, H.M. & CHEEK, J.M. (1997), "Assessing hypersensitive narcissism: a reexamination of Murray's narcissism scale". In *Journal of Research in Personality*, 31, pp. 588-599.
- HIBBARD, S. & BUNCE, S.C. (1995), Two paradoxes of narcissism. Paper presented at the American Psychological Association annual meeting, New York.
- KERNBERG, O.F. (1980), *Internal world and external reality*. Jason Aronson, New York.
- KERNBERG, O.F. (1992), *Aggression in personality disorders and perversion*. Yale University Press, New Haven, CT.
- KOHUT, H. (1976), *The restoration of the self*. International Universities Press, New York.
- KOHUT, H. (1971), *The analysis of the self*. International Universities Press, New York.
- LASCH, C.L. (1979), *The culture of narcissism*. Norton, New York.
- MASTERSON, J.F. (1993), *The emerging self: a developmental, self, and object relations approach to the treatment of the closet narcissistic disorder of the self*. Brunner/Mazel, New York.
- MAZLISH, B. (1982), "American narcissism". In *The psychohistory Review*, 10, pp. 185-202.
- MCRAE, R.R., ZONDERMAN, A.B., COSTA, P.T. JR, BOND, M.H., PAUNONEN, S. (1996), "Evaluating replicability of factors in the Revised NEO personality Inventory: Confirmatory factor analysis versus Procrustes rotation". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, pp. 552-566.
- MURRAY, H.A. (1938), *Explorations in personality*. Oxford University Press, New York.
- NELSON, M.C. (1977), *The narcissistic condition: a fact of our lives and times*. Human Sciences Press, New York.
- O'CONNOR, B.P. & DYCE, J.A. (1998). "A test of models of personality disorder configuration". In *Journal of Abnormal Psychology*, 107, (1), pp. 3-16.
- PAUNONEN, S.V. (1997), "On chance and factor congruence following orthogonal Procrustes rotation". In *Educational and Psychological Measurement*, 57, pp. 33-59.
- RASKIN, R.N., HALL, C.S. (1979), "A narcissistic personality inventory". In *Psychological Reports*, 45, p. 590.
- RASKIN, R.N., TERRY, H. (1988), "A principal components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity". In *Journal of personality and Social Psychology*, 54, pp. 890-902.

RONNINGSTAM, E. (1998), *I disturbi del narcisismo*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.

SCHÖNEMANN, P.H. (1966), "A generalized solution of the orthogonal Procrustes problem". In *Psychometrika*, 31, pp. 1-10.

STERN, A. (1979), *Me: The narcissistic American*. Ballantine Books, New York.

SVRAKIC, D.M., WHITEHEAD, C., PRZYBECK, T.R., CLONONGER, C.R. (1993), "Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character". In *Archives of general psychiatry*, 50(12): pp. 991-9.

WIDIGER, T.A. (2005), "Five factor model of personality disorder: integrating science and practice". In *Journal of Research in Personality*, 39, pp. 67-83.

WINK, P. & DONAHUE, K. (1997), "The relation between two types of narcissism and boredom". In *Journal of Research in Personality*, 31, pp. 136-140.

WINK, P. (1991), "Two faces of narcissism". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, pp. 590-597.

WINK, P. (1996), "Narcissism". In COSTELLO, C. G., *Personality characteristics of the personality disorders*. Pp.146-172, Wiley, New York.

Inventario de Temperamento y Carácter Revisado⁷ (TCI-R: *Temperament And Character Inventory- Revised*)⁷

C. Robert Cloninger define la personalidad como “una organización dinámica de sistemas psicobiológicos que modulan la adaptación de la persona a los cambios en el ambiente” (Cloninger 1987; Svrakic, Dragan, Svrakic, Cloninger, 1996). Un sistema es una estructura formada por componentes más elementales. Desde la óptica de Cloninger, los componentes de la personalidad, tanto normal como patológica, son el temperamento y el carácter (Svrakic, Dragan, Svrakic, Cloninger, 1996).

El temperamento se refiere a las diferencias individuales en las respuestas automáticas a los estímulos emocionales. Sus componentes son heredables, precoces (observables en la infancia), estables a lo largo del desarrollo y no influenciados por el aprendizaje sociocultural (Cloninger, 1987; Svrakic Dragan, Svrakic, Cloninger, 1996). En la versión inicial se describieron tres dominios del temperamento (Cloninger 1987; Cloninger, Przybeck, Svrakic, Wetzel, 1994): Búsqueda de novedad, Evitación del daño y Dependencia de la recompensa.

Búsqueda de novedad (**BN**) representa las diferencias entre las personas en su tendencia a activar la conducta en respuesta a estímulos nuevos y a señales de aprobación o de castigo potencial. Evitación del daño (**ED**) representa las diferencias entre las personas en su tendencia a inhibir la conducta en respuesta a señales de castigo y a la ausencia de señales de recompensa. Dependencia de la recompensa (**DR**) representa las diferencias entre las personas en su tendencia mantener la conducta en función de señales de refuerzo o recompensa en términos de aprobación social. Cloninger sugiere que cada dimensión se corresponde con la activación de un sistema de neurotransmisores, pero no hay datos empíricos suficientes que sostengan esta relación entre temperamento y neurobiología. Más adelante (Cloninger, Przybeck, Svrakic, Wetzel 1994), agregan una cuarta dimensión, denominada Persistencia (**PR**), definida como la tendencia a mantener un comportamiento ante estímulos intermitentes. Estas dimensiones se heredan de modo independiente y cada una es un rasgo distribuido normalmente en la población general⁸.

El carácter representa un modelo explícito de expectativas conscientes, como un conjunto de aspectos conceptuales respecto a objetivos personales, a otras personas, y al mundo en general. Sus dimensiones son poco heredables, más influenciadas por el aprendizaje social y por las expectativas culturales sobre los roles sociales ligados a edad, profesión y circunstancias sociales. Se desarrollan a lo largo de la vida, desde la infancia hasta la vida adulta, como funciones no lineales respecto a temperamento, educación y eventos intensos (Svrakic, Dragan, Svrakic, Cloninger, 1996).

Cloninger describe tres dimensiones de carácter: autodirección (**AD**), Cooperación (**CO**), y Autotrascendencia (**AT**) (Cloninger, 1994). AD se basa en la representación de uno mismo como individuo autónomo, y permite desarrollar sentimientos de integridad personal, honor, autoestima, eficacia personal, liderazgo y esperanza. CO se basa en la representación de uno mismo como parte de la sociedad y la humanidad, y permite desarrollar sentimientos de comunidad, compasión, caridad y

⁷N del T: Al haber una completa versión española (“TCI-R, aplicación informática para gestión de datos y generación de informes”, Bristol-Myers Squibb, 2005) este capítulo se traduce de manera muy abreviada.

⁸N del T: Andó *et al.*, 2005, muestran que las siete dimensiones se heredan en cuatro grupos independientes (Forti *et al.*, 2008).

responsabilidad. AT se basa en la representación de uno mismo como parte del universo, y permite desarrollar sentimientos de misticismo, fe religiosa y paciencia.

Los dos dominios representan la disociación entre los sistemas procedurales y proposicionales. El temperamento implica procesos de base sensorial, asociativa y emotiva, que regulan las diferencias individuales en el condicionamiento asociativo de hábitos y habilidades. El carácter implica a los procesos cognitivos superiores de lógica, valores y símbolos abstractos, que regulan las diferencias individuales en la elaboración conceptual de objetivos y valores (Svrakic, Dragan, Svrakic, Cloninger, 1996). Se puede expresar metafóricamente que el temperamento se refiere a “cómo hemos nacido” mientras que el carácter se refiere a “qué hacemos de nosotros intencionalmente” (Svrakic, Dragan, Svrakic, Cloninger, 1996).

Los componentes de ambas dimensiones (temperamento y carácter), si bien son independientes, interactúan entre sí a nivel funcional, formando un sistema que se autorregula y se auto-organiza (Cloninger, 1999). En otras palabras, el individuo es llevado espontáneamente a encontrar patrones de comportamiento que satisfagan los vínculos internos (componentes) y externos (personas y objetos) a lo largo del desarrollo vital.

A partir de estas consideraciones teóricas, Cloninger desarrolla en 1987 el TPQ (Cuestionario Tridimensional de la Personalidad, *Tridimensional Personality Questionnaire*), de 100 ítems, con respuestas verdadero-falso, para valorar las tres dimensiones del temperamento iniciales: BN, ED y DR (Cloninger, 1987). Luego desarrolla el TCI (Cuestionario de Temperamento y Carácter), de 240 ítems con respuestas verdadero-falso, en el que evalúa las cuatro dimensiones del temperamento (BN, ED, DR y PR) y las tres dimensiones de carácter (AD, CO, AT), con subescalas para cada dimensión (Cloninger, Przybeck, Svrakic, Wetzel, 1994).

El TCI-R, la versión revisada del TCI (Cloninger, 1999), que es el que utilizamos en nuestra batería, tiene las siguientes modificaciones. En primer lugar, sustituye las respuestas verdadero-falso por una escala de Likert (1: completamente falso, 2: probablemente falso, 3: ni verdadero ni falso, 4: probablemente cierto, 5: completamente cierto). En segundo lugar, si bien tiene el mismo número de ítems que el TCI (240), 51 han sido modificados, incluyendo 5 ítems de validez. En tercer lugar, aumenta el número de subescalas que componen cada dimensión.

Pese a su relevancia clínica y a su buena validez de predicción para comprender la psicopatología de ambos ejes del DSM-IV (APA, 1980) y explicar parte de la comorbilidad entre ambos, las propiedades psicométricas del TCI son controvertidas. Los estudios refieren de manera consistente coeficientes de fiabilidad adecuada para muchas escalas. En general, los coeficientes de fiabilidad (consistencia interna α de Cronbach y fiabilidad test-retest) para las escalas del TCI son adecuadas en muestras clínicas y no clínicas, si bien las escalas de Dependencia de recompensa y Persistencia tienen baja consistencia interna.

Los análisis factoriales evidencian resultados controvertidos sobre la estructura latente del TCI. Algunos estudios confirman un modelo de siete factores (Cloninger, Przybeck, Svrakic, Wetzel, 1991, Sato, Natrta, Hirano, 2001). Tras el análisis factorial conjunto de las escalas de temperamento y carácter, algunas dimensiones no aparecen como factores distintos, y las dimensiones de carácter y temperamento se superponen, sugiriendo que la distinción conceptual entre temperamento y carácter no se sostiene empíricamente. Pese a la difusión y relevancia clínica del TCI, estos resultados

sugieren la necesidad de revisarlo, cosa que Cloninger hace en 1999, al desarrollar el TCI-R, el cual sigue presentando algunos problemas.

Pocos estudios han logrado validar las propiedades psicométricas del TCI-R. La consistencia interna y la estructura factorial han sido replicada en sujetos belgas (Hansenne, Delhez, Cloninger, 1999), suecos (Brandstrom, Richter, Nylander, 2003), alemanes (Brandstrom, Richter, Nylander, 2003), españoles (Gutiérrez-Zotes, Bayon, Montserrat, Valero, Labad, Cloninger, Fernández-Aranda, 2004) y franceses (Pelissolo, Mallet, Baleyet, 2005). Respecto a este último estudio, si bien verifica que el TCI-R tiene buena consistencia interna y buena fiabilidad test-retest, tiene dos limitaciones: no se ha hecho un análisis factorial conjunto de temperamento y carácter y la muestra estudiada era mixta (sujetos clínicos y no clínicos).

Las propiedades psicométricas de la versión italiana del TCI-R fueron hechas con dos muestras independientes, una clínica, compuesta por sujetos a tratamiento ambulatorio, y una no clínica. Los resultados generales sugieren una estructura de siete factores, con cuatro dimensiones de temperamento y tres de carácter que representan aspectos diferenciables de la personalidad. Sin embargo, hay que subrayar que los resultados sugieren que la complejidad factorial de algunas facetas del TCI-R podría deberse a una reproducción parcial del modelo teórico en la atribución de facetas a algunas escalas del TCI-R. A continuación se resumen algunas correlaciones encontradas durante la validación de la versión italiana.

Correlaciones con impulsividad y agresividad (tabla 9)

Las correlaciones con impulsividad y agresividad cumplen con las expectativas teóricas. Búsqueda de novedad (BN) correlaciona positivamente con la puntuación total de la BIS-11 ($r = .49$, $p < .00089$) y con la subescala de impulsividad motora ($r = .55$, $p < .00089$), y no correlaciona con ningún componente de agresividad. Persistencia (PR) correlaciona negativamente con impulsividad, especialmente con el subtipo “no planificación” ($r = -.44$, $p < .00089$). Dependencia de recompensa (DR) no correlaciona con impulsividad, y correlaciona negativamente con las escalas de agresividad del AQ, especialmente Agresividad física ($r = -0.20$, $p < .00089$), Hostilidad ($r = -.28$, $p < .00089$) y puntuaciones totales de agresividad ($r = -.23$, $p < .00089$).

Dos dimensiones de carácter, Autodirección (AD) y Cooperación (CO), correlacionan negativamente con BIS-11 y AQ, sugiriendo que bajas puntuaciones en las dos escalas de carácter pueden ser indicadores de personalidad desadaptativa (especialmente del cluster B). Las correlaciones entre Evitación del daño (ED) con dos subescalas del AQ (Hostilidad, $r = .43$, $p < .00089$ e Ira, $r = .27$, $p < .00089$), a primera vista contradictorias con el modelo de Cloninger, podrían explicarse porque los sujetos con rasgos ansiosos, si bien parecen ausentes, pueden ser hipersensibles al juicio, y por lo tanto irritables. La escala Dependencia de recompensa (DR) no muestra correlaciones con escalas de impulsividad, pero correlaciona negativamente con la puntuación total de agresividad del AQ ($r = -.23$, $p < .00089$).

Globalmente estos datos refuerzan la evidencia sobre la validez de cosntructo del TCI-R. Exceptuando la ausencia de asociación entre ED y dos dimensiones del AQ (Ira y Hostilidad), todas las demás asociaciones son coherentes con el modelo teórico de Cloninger (Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzel, 1994).

Correlaciones con estilos de apego (Tabla 10)

Las escalas AD y CO correlacionan significativamente con la escala de apego seguro Confianza del ASQ ($r = .33, p < .0014$ e $r = .29, p < .0014$ respectivamente). Estos datos son coherentes con el modelo de Cloninger (Cloninger, Przybeck, Svrakic, Wetzel, 1994), según el cual AD y CO son indicadores generales de los aspectos adaptativos de la personalidad: altas puntuaciones en ellas se asocian con un funcionamiento adaptativo de la personalidad, mientras que bajas puntuaciones se asocian frecuentemente a TP. La hipótesis se refuerza con la correlación negativa de AD y CO con las escalas de apego inseguro del ASQ. Dependencia de recompensa (DR) correlaciona positivamente con las escalas de apego seguro y negativamente con las de apego inseguro evitativo (Incómodo en la intimidad y Secundariedad de las relaciones), reforzando la coherencia del modelo, al afirmar que DR es la dimensión temperamental que influye en la capacidad de implicarse en relaciones íntimas (Cloninger, Przybeck, Svrakic, Wetzel, 1994). Evitación del daño (ED) correlaciona negativamente con la subescala Confianza ($r = -.39, p < .0014$) y positivamente con escalas de apego inseguro, tanto el evitativo (Incómodo en la intimidad, $r = .34, p < .0014$) como el ansioso (Necesidad de aprobación, $r = .47, p < .0014$). Dependencia de la recompensa (DR) correlaciona positivamente con la subescala Confianza ($r = .45$) y negativamente con las subescalas Incómodo en la intimidad ($r = -.54$) y Secundariedad de las relaciones ($r = -.46$).

Resumiendo, las correlaciones entre el TCI-R y los estilos de apego adulto evidencian una relación entre dos dimensiones del carácter (AD y CO) que indican el funcionamiento adaptativo de la personalidad y un estilo de apego seguro y adaptativo. La asociación positiva entre DR y el apego seguro, y la asociación negativa con un estilo de apego inseguro es altamente convergente con el modelo de personalidad de Cloninger (Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzel, 1994), sugiriendo una adecuada validez de constructo de esta faceta. Lo mismo puede decirse de ED, pues correlaciona positivamente con las escalas de apego inseguro evitativo y ansioso.

Validez de predicción

Para evaluar la eficacia de las escalas del TCI-R para predecir la presencia de un TP explorado dimensionalmente según los criterios del DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) se han hecho análisis de regresión logística y lineal. Los predictores significativos ($p < .05$) se muestran en la tabla 11.

Si bien la estimación del efecto por tamaño (*size effect*, R^2) resultó pequeña (probablemente por el uso de diferentes métodos para evaluar los TP del DSM-IV y las dimensiones de temperamento y carácter) los resultados son coherentes con el modelo de psicopatología de la personalidad de Cloninger (Cloninger, Przybeck, Svrakic, Wetzel, 1994). En consonancia con resultados previos (Cloninger, Svrakic, Przybeck, 1993), las escalas de carácter AD y CO son indicadores generales de la patología de la personalidad, prediciendo tanto la presencia de TP como el número global de diagnósticos de TP. También en consonancia con el modelo de Cloninger (Cloninger, Svrakic, Przybeck, 1993), las combinaciones temperamentales específicas encontradas en la muestra permiten explicar tanto las semejanzas como las diferencias entre TP. Los TP Evitativo y Dependiente, por ejemplo, se caracterizan por baja BN y alta ED, y el TP Dependiente se caracteriza además por alta DE. El TP Obsesivo también se caracteriza por baja BN, pero es el único TP del cluster C con alta

PR más que por alta ED. En el cluster A, los sujetos con TP Esquizotípico y TP Esquizoide tienen baja DR, sugiriendo que la frialdad pueda representar un rasgo disposicional común a ambos TP. En consonancia con la ansiedad social y el pensamiento mágico, sólo el TP Esquizotípico obtuvo alta ED y AT (respectivamente). La escala BN parece ser una dimensión común a los TP del cluster B, mientras que baja AD parece ser un buen predictor de TP Borderline⁹, puesto que permite discriminar significativamente a los sujetos con TP Borderline de los sujetos con otros TP del cluster B. El TP Narcisista se asocia a baja CO y alta PR. Los sujetos con TP Histriónico se diferencian porque además de tener alta BN y baja CO tienen alta DR. Las escalas del TCI-R además permiten predecir diagnósticos de los TP pendientes de estudio (Depresivo y Negativista). El perfil del TP Depresivo es similar al de los sujetos con TP Dependiente, mientras que el perfil del TP Negativista es muy semejante al de los sujetos con TP Narcisista e Histriónico (Alta BN y baja CO), pero se diferencia de estos por tener alta ED. Esto sugiere que el TP Negativista representa una variante ansiosa de la psicopatología narcisista.

En síntesis, globalmente nuestros resultados son congruentes con los estudios previos sobre la capacidad del TCI-R para predecir diagnósticos de TP (Cloninger, 1987, Svrakic, Dragan, Svrakic, Cloninger, 1996; De La Rie, Duijsers, Cloninger, 1998). Las dimensiones del carácter, especialmente AD y CO predicen patología de la personalidad en general, ya que correlacionan con la presencia de al menos un diagnóstico de TP y con el número de TP diagnosticados. Por otra parte, los diferentes TP se asocian a combinaciones temperamentales. En línea con los datos publicados en la literatura sobre el TCI (Battaglia, Przybeck, Bellodi, Cloninger, 1996; Fossati, Donati, Donini, Novella, Bagnato, Maffei, 2001b), los perfiles de TCI-R son útiles no sólo para identificar sujetos con TP, sino también para ayudar al diagnóstico diferencial de diferentes TP del DSM-IV. Los datos sugieren que el TCI es un instrumento útil para aumentar nuestro conocimiento de la psicopatología de la personalidad. Otra ventaja del TCI es su capacidad para ofrecer una valoración dimensional de aspectos idiosincrásicos del sujeto, relacionando teóricamente personalidad normal y patológica. Por último, se puede integrar con modelos categoriales, necesarios pero insuficientes, de la personalidad y sus TP. Es un instrumento de gran utilidad clínica, capaz de ofrecer una representación en siete factores, de la personalidad del sujeto explorado.

⁹N del T: Si todos los TP se caracterizan por baja AD ¿Esta puede servir para diferenciar un TP de otro?

Tabla 9. Asociación entre TCI-R, BIS-11 y AQ en una muestra no clínica (N=385).

TCI-R	BIS-11(Barratt Impulsiveness Scale-11)				AQ (Aggression Questionnaire)				
	Impul. Atenc.	Impul. Motora	No planifica	Total	Agres. Física	Agres. Verbal	Ira	Hostilidad	Total
Búsqueda de Novedad	.29*	.55*	.34*	.49*	.09	.15	.12	-.04	.09
Evitación del daño	.06	.03	.13	.10	-.05	-.04	.27*	.43*	.25*
Dependencia de recompensa	-.03	.03	-.08	-.04	-.20*	-.05	-.09	-.28*	-.23*
Persistencia	-.13	-.16	-.44*	-.34*	.00	.08	-.02	-.09	-.02
Autodirección	-.33*	-.36*	-.34*	-.43*	-.22*	-.16	-.38*	-.52*	-.46*
Cooperación	-.15	-.21*	-.21*	-.24*	-.35*	-.31*	-.34*	-.43*	-.50*
Autotrascendencia	.09	.09	-.10	.02	-.10	-.08	.01	.00	-.05

*Coeficientes de correlación significativos según método de Bonferroni (i.e., $p < .00089$).

Tabla 10. Asociación entre TCI-R y ASQ (Cuestionario de estilos de apego) en una muestra no clínica (N=385).

TCI-R	Confianza	Incómodo en intimidad	Secundariedad relaciones	Necesidad de aprobación	Preocupado x relaciones
Búsqueda de Novedad	.13	-.16*	-.05	-.14	-.03
Evitación del daño	-.39*	.34*	.04	.47*	.27*
Dependencia de recompensa	.45*	-.54*	-.46*	-.11	.16*
Persistencia	.18	-.01	.05	-.12	-.02
Autodirección	.33*	-.30*	-.27*	-.44*	-.34*
Cooperación	.29*	-.37*	-.47*	-.16*	-.10
Autotrascendencia	.14	-.07	-.14	.09	.20*

*Coeficientes de correlación significativos según método de Bonferroni (i.e., $p < .00014$).

Tabla 11. Correlaciones entre NIP y TP del DSM-IV en una muestra clínica (N= 366)

TP (SCID-II)	Temperamento			Carácter				R ²
	BN	ED	DR	PR	AD	CO	AT	
Evitativo	-.21	.24						.12 ^a
Dependiente	-.15	.19	.21		-.19			.17 ^a
Obsesivo	-.33			.12				.13 ^a
Negativista	.22	.12				-.22		.12 ^a
Depresivo	-.17	.25	.09					.11 ^a
Paranoide		.09				-.17		.04 ^a
Esquizotípico		.12	-.16				.17	.05 ^a
Esquizoide			-.17					.03 ^a
Histriónico	.22		.17			-.12		.09 ^a
Narcisista	.27			.13		-.29		.17 ^a
Borderline	.22				-.17			.09 ^a
Antisocial	.18							.03 ^a
Al menos un TP					-.02 (.98)	-.02 (.98)		.08 ^a
Número de TP					-.19	-.15		.08 ^a

^a = $p < .001$; En “al menos un TP” los coeficientes de regresión se han hecho con análisis de regresión logística. Entre paréntesis EXP (Beta).

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th). Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- BATTAGLIA, M., PRZYBECK, T.R., BELLODI, L., CLONINGER, C.R. (1996), "Temperament dimensions explain comorbidity of psychiatric disorders". In *Compr. Psychiatry*, 37 (4), pp.292-298.
- BRANDSTROM, S., RICHTER, J., NYLANDER, P.O. (2003), "Further development of the Temperament and Character Inventory". In *Psychol. Rep.* 93, pp. 995-1002.
- BUSS, A.H., PERRY, M. (1992), "The Aggression Questionnaire". In *Journal of personality and social psychology*, 63, 452-459.
- CLONINGER, C.R. (1987), "A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal". In *Arch. Gen. Psychiatry*. 44; pp. 573-88.
- CLONIGER, C.R., PRZYBECK, T.R., SVRAKIC, D.M. (1991), "The Three Dimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data". In *Psychol. Rep.*, 69, pp.1047-1057.
- CLONIGER, C.R., PRZYBECK, T.R., SVRAKIC, D.M. (1993), "A psychobiological model of temperament and character". In *Arch. Gen. Psychiatry*; 50, pp. 975-90.
- CLONIGER, C.R., PRZYBECK, T.R., SVRAKIC, D.M., WETZEL, R.D. (1994), *The Temperament and Character Inventory (TCI) a Guide to its Development and use*. Center for Psychology of Personality, Washington University, St. Luis.
- CLONIGER, C.R. (1999), *Temperament and Character Inventory – revised*. Center for Psychology of Personality, Washington University, St Louis.
- DE LA RIE S.M., DUIJSERS IJ, CLONINGER, C.R. (1998), "Temperament, character, and personality disorders". In *J. Personal. Disord.* 12 (4), pp. 362-372.
- FEENEY, J.A., NOLLER, P., HANRAHAN, M. (1994), *Assessing adult attachment*. Sperling, MB.
- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS, J.B.W., BENJAMIN, L. (1994), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- FOSSATI, A., DI CEGLIE, A., ACQUARINI, E., BARRATT, E. S. (2001a), "Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non clinical subjects". In *Journal of clinical psychol.*, 57, pp. 815-828.
- FOSSATI, A., DONATI, D., DONINI, M., NOVELLA, L., BAGNATO, M., MAFFEI, C. (2001b), "Temperament, character, and attachment patterns in Borderline personality disorder". In *J. Personal Disord.*, 15 (5), pp. 390-402.
- FOSSATI, A., MAFFEI, C., ACQUARINI, E., DI CEGLIE, A. (2003 a), "Multigroup confirmatory component and factor analyses of the italian version of the Aggression Questionnaire". In *European Journal of Psychological Assessment*, 19, pp. 54-65.

- FOSSATI, A., FEENEY, J.A., DONATI, D., DONINI, M., NOVELLA, L., BAGNATO, M., ACQUARINI, E., MAFFEI, C. (2003b), "On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and non clinical subjects". In *Journal of Social and personal relationships*, 20, pp. 55-79.
- FOSSATI, A., CLONINGER, R.C., VILLA, D., BORRONI, S., GRAZIOLI, F., GIAROLLI, L., BATTAGLIA, M., MAFFEI, C. (2007), "Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory - Revised in an outpatient sample". In *Compr. Psychiatry*, 48 (4), 380-387.
- GUTIERREZ-ZOTES, J.A., BAYON, C., MONTSERRAT, C., VALERO, J., LABAD, A., CLONINGER, C.R., FERNANDEZ-ARANDA, F. (2004), "Standardization and normative data in a general population sample". In *Acta Esp Psiquiatr.* 32, pp. 8-15.
- HANSENNE. (2005), "Psychometric properties of the temperament and character inventory-revised (TCI-R in a Belgian sample". In *J. Pers. Assess.*, 85, pp. 40-49.
- PATTON, J.H., STANFORD, M.S., BARRATT, E.S. (1995), "Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale". In *Journal of Clinical Psychology.* 51, pp. 768-774.
- PELISSOLO A, MALLETT, MG, CLONINGER CR, ALLILAIRE J-F, JOUVENT R. (2005), "The Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R): psychometric characteristics of the French version". In *Acta Psychiatr Scand*; 112, pp. 126-133.
- SATO, T., NARITA, T., HIRANO, S. (2001), "Factor validity of the temperament and character inventory in patients with major depression". In *Compr. Psychiatry*, 42, pp. 337-341.
- SVRAKIC, N.M., DRAGAN, M., SVRAKIC, C., CLONINGER, C.R. (1996), "A general quantitative theory of personality development: fundamentals of a self-organizing psychobiological complex". In *Development and Psychopathology*, 8, pp. 247-272.

Apéndice II: Dimensiones y Moléculas

Leonelo Forti Sampietro

Médico psiquiatra y psicoterapeuta.

Licenciado en Filosofía. Consultor Hospital POVISA, Vigo

con la colaboración del Foro Gallego para el Estudio de la Personalidad

Autorizado por el Dr Maffei.

I. Posibles beneficios de una aproximación molecular

La personalidad, al ser un constructo teórico sin categoría ontológica demostrada hasta la fecha, sólo puede ser explorada desde varias perspectivas epistemológicas a la vez, ninguna suficiente, todas necesarias (Forti, 2002; 2006). Livesley (2003) propone un eclecticismo (“ningún modelo es mejor que otro”) pragmático (“debemos utilizar lo que funciona en cada caso”). En los capítulos previos, Maffei ha mostrado con profundidad una triple aproximación para explorar la personalidad Borderline: estructural, categorial y dimensional.

Sin embargo, es posible (y conveniente) agregar un cuarto nivel de exploración: la interacción entre moléculas y sistemas neuroconductuales (a partir de aquí “SNC”), que puede verse desde dos puntos de vista. El primero, terapéutico, considera la posibilidad de utilizar psicofármacos para incidir en el funcionamiento de dimensiones afectadas. El segundo, diagnóstico y de investigación, considera la posibilidad de inferir la disfunción de los SNC (a la vez inferidos a partir de signos y síntomas) según el efecto que las moléculas ejerzan sobre éstos. Esta aproximación, complementaria a las tres anteriores (estructural, categorial y dimensional), se fundamenta en el siguiente razonamiento (Forti et al, 2007).

- A. Correlación entre niveles epistemológicos.** Puesto que el dualismo mente-cuerpo es poco compatible con la realidad, es altamente probable que estructuras, síntomas y rasgos (aproximaciones estructural, categorial y dimensional, respectivamente) tengan algo que ver con sistemas neuroconductuales subyacentes.
- B. Los modelos neurobiológicos tienen validez.** No son más limitados que los modelos utilizados actualmente (estructurales, categoriales y dimensionales); en realidad, son parte del elenco de modelos dimensionales.
- C. Uso clínico.** En la clínica utilizamos (y funcionan) moléculas para favorecer la mejoría de algunos aspectos disfuncionales de la personalidad de los pacientes. Aliviar síntomas o atenuar rasgos provoca efectos colaterales en el paciente y en su entorno, lo cual puede favorecer cambios más sustanciales a largo plazo.

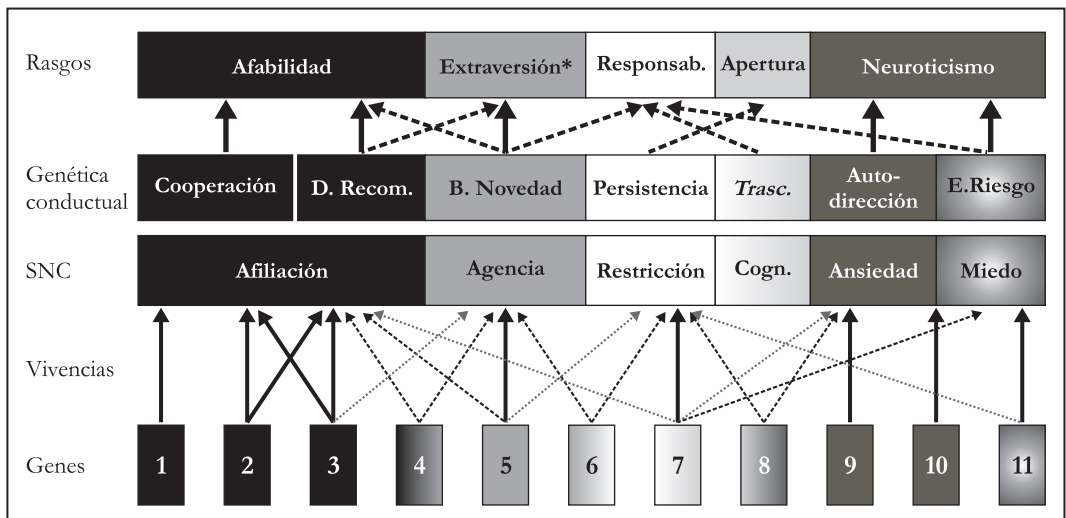
A continuación se comentará con más detalle este argumento.

A. Correlación necesaria entre niveles epistemológicos

Descartando el dualismo mente-cuerpo, no queda más remedio que aceptar que la personalidad, si existe, ha de estar en el cerebro. Casi todos los artículos de los dos números extraordinarios del JPD (2005, 19, N° 2 y 3), proponen explorar, explicar y clasificar la personalidad y los TP con modelos dimensionales. Estos modelos alternativos, pese a utilizar diferentes metodologías (deductivas e inductivas) y diferentes niveles epistemológicos (conductual, interpersonal, biológico, etc.), coinciden en describir la personalidad (normal y patológica) con cuatro a cinco dimensiones (Widiger y Simonsen, 2005, Tabla 1): (1) Extraversión-Introversión; (2) Estabilidad-Inestabilidad emocional (Neuroticismo); (3) Afabilidad-Oposicionismo (Disocial); (4) Restricción- Impulsividad (Responsabilidad) y (5) Apertura-Intelecto (Distorsiones cognitivas).

Si estas dimensiones se muestran estables en diferentes culturas, en muestras clínicas y no clínicas, utilizando diferentes instrumentos, y además tienen heredabilidad diferenciada, es altamente probable que exista una organización biológica subyacente de la personalidad. Los estudios de genética de la conducta refuerzan esta hipótesis, demostrando que la estructura fenotípica es congruente con los rasgos que construyen los dominios. Livesley (2003; 2005) define el rasgo como conjunto de conductas influenciadas por un mismo factor genético y el dominio como conjunto de rasgos influenciados por una misma dimensión genética; sin descartar la influencia pleiotrópica (un factor genético que incide en varios rasgos). Krüeger (2005) propone una estructura jerárquica de la personalidad que daría cuenta de la patología del eje I y del eje II del DSM. No es descabellado suponer que detrás de cada faceta o grupo de facetas exista algún SNC (figura 1).

Figura 1. Sistemas jerarquizados interactivos



La influencia directa de genes en rasgos es casi imposible de delimitar, entre otras razones, porque está mediada por las vivencias. En cambio, la relación entre genética de la conducta y dominios es más intensa. Rasgo = conjunto de conductas influenciadas por un mismo factor genético. Dominio = conjunto de rasgos influenciados por una misma dimensión genética (Livesley, 2003).

Aun no hay acuerdo definitivo sobre cuántos dominios ni sobre qué instrumentos los pueden explorar mejor (Widiger-Simonsen, 2005; Livesley, 2003; Trull, 2005). La revisión de los modelos integrados sugiere la conveniencia de utilizar ocho dominios en lugar de cinco (Forti *et al.*, 2008). En el bloque superior de la tabla 2 figuran los modelos que refuerzan la hipótesis de cinco dominios (DAPP, DIPSI, HIPIC y NEO-PI-R), mientras que en el bloque inferior se agrupan modelos que sugieren la conveniencia de ocho dominios, tanto por su mayor sensibilidad (discriminan facetas que implican decisiones clínicas relevantes), como por su capacidad de integrar más teorías (correlacionan con facetas de teorías integradas).

En el Modelo de los Cinco Factores (A partir de aquí “MCF”), Afabilidad, Responsabilidad y Apertura están compuestas por facetas relativamente homogéneas (quien puntúa alto en una faceta, no puntúa bajo en las restantes) y correlacionan bastante bien con los dominios de los otros modelos integrados (Widiger-Simonsen, 2005). Sin embargo, las facetas que componen Extraversión y Neuroticismo no son tan homogéneas (tener elevada una faceta del dominio no impide puntuaciones bajas en las restantes), implican decisiones clínicas relevantes (cada faceta implica un tratamiento diferente), implican diferentes sistemas neuroconductuales subyacentes y correlacionan con más de un dominio de alguno de los modelos integrados.

En el dominio Extraversión pueden diferenciarse dos grupos de facetas: Extraversión Social (Cordialidad, Gregarismo y Emociones positivas) y Extraversión Activa (Búsqueda de emociones, Asertividad y Actividad). Esta subdivisión está reforzada por algunos de los modelos dimensionales que los autores del artículo integran: el PAS (Tyrer y Johnson, 1996) y el ZKPQ (Zuckerman, 2002) diferencian Actividad y Sociabilidad; Depue-Lenzenweger (2001) diferencian Agencia (más relacionada con Extraversión activa) y Afiliación (más relacionada con Extraversión social); y el TCI (Cloninger, 2000), diferencia Búsqueda de Novedad (más ligada a Extraversión Activa) y Dependencia de Recompensa (más ligada a Extraversión Social).

En el dominio Neuroticismo se distinguen dos grupos de facetas: Neuroticismo Ansioso (Ansiedad y Ansiedad social) y Neuroticismo Emocional (Vulnerabilidad y Depresión). Esta división está respaldada por el modelo de Siever-Davis, que diferencia Ansiedad-Inhibición de Inestabilidad emocional. Las otras dos facetas de Neuroticismo (Hostilidad e Impulsividad) parecen estar más relacionadas con otros dominios: Hostilidad con baja Amabilidad e Impulsividad con baja Responsabilidad. Estas relaciones están reforzadas por la alineación que Widiger y Simonsen proponen: colocan Agresividad del ZKPQ y Antisocial del PAS en el dominio Afabilidad y colocan baja Búsqueda de Novedad del TCI e Impulsividad del ZKPQ en el dominio Responsabilidad. Pero como los autores del NEO-PI-R sostienen que Hostilidad e Impulsividad no implican conductas hostiles ni impulsivas (son dominios independientes), podría aceptarse Neuroticismo Impulsivo como un tercer subgrupo de Neuroticismo. El modelo de Depue-Lenzenweger, al diferenciar Miedo (bajo en el individuo agresivo) de Ansiedad (elevada en personalidades del cluster C) también refuerza esta división.

Distinguir ocho dominios ofrece al menos dos ventajas: (a) aumenta la potencia integradora de la hipótesis de 4 dominios subyacentes a todos los modelos dimensionales (Widiger y Simonsen, 2005), puesto que ocho dominios correlacionan mejor con los modelos integrados; y (b) aumenta la sensibilidad de los instrumentos (al correlacionar mejor con modelos biológicos facilitan la toma de decisiones clínicas).

Tabla 1. 4 a 5 dominios comunes en modelos dimensionales alternativos (Modificado de Widiger – Simonsen, 2005).

	1°	2°	3°	4°	5°	
DAPP	Inhibición	Disocial	Compulsividad	<i>Lesiones</i>	Disregulación emocional	<i>Distorsión cognit.</i>
EPQ	Extraversión	Psicoticismo	Neuroticismo			
NEOPIR	Extraversión*	Afabilidad	Responsabilidad	Neuroticismo*		Apertura-Intelecto
ZKPQ	Actividad	Sociabilidad	Agresividad	Impulsividad	Neuroticismo	
SNAP	Emoción positiva	Agresividad	Constricción		Emoción negativa	
PAS	Actividad	Repliegue	Antisocial	¿Anancástico?	Inhibición	
		Alta ← Dependencia → Baja				
TCI	B. Novedad	Cooperación		Persist.; B. Nov.	Evitación del Daño	
	Dependencia de Recompensa			Autodirección		Trascendencia

En cursiva, dominios más estrechos. Entre paréntesis: facetas más relacionadas con otros dominios; Instrumentos: DAPP, Livesley, 2003; EPQ (Eysenck Personality Questionnaire); NEO-PI-R, Costa-McCrae, 1992; ZKPQ, Zuckerman, 2002; SNAP, PAS, Tyrer, 2000; TCI, Cloninger, 2000.

Tabla 2. ¿Cinco u ocho dominios? (Forti et al, 2008).

5	1º Extraversión-Introversión		2º Afabilidad	3º Compulsividad	4º Estabilidad Emocional			5º Cognitivo
DAPP	Inhibición		Disocial	Compulsividad	<i>Lesiones</i>	Disregulación emocional		<i>Distorsión cogn.</i>
DIPSI	Introversión		Antipatía	Responsabilidad	Estabilidad emocional			
HIPIC	Extraversión		Benevolencia					Imaginación
EPQ	Extraversión		Psicoticismo		Neuroticismo			
NEOPIR	Extraversión				Neuroticismo			
			Afabilidad	Responsabilidad				Apertura-Intelecto
	Ex. Activa	Ex. Social			Impulsivo	Ansioso	Emocional	
8	Agencia	Gregarismo	Apego	Restricción	Miedo	Ansiedad	Inest. Emoc.	Cognición
ZKPQ	Actividad	Sociabilidad	Agresividad	Impulsividad	Neuroticismo			
SNAP	Emoción positiva		Agresividad	Constricción	Emoción negativa			
PAS	Actividad	Repliegue	Antisocial	¿Anancástico?	Inhibición			
			Alta ← Dependencia → Baja					
Siever*	(Inhibición)		Agresividad, Impulsividad		Inhibición- Ansiedad		Inest. Afec.	Déficit cognitivo
Depue*	Agencia	Afilación		Restricción	Miedo	Ansiedad	Agencia	
TCI	B. Novedad	Cooperación		Persist.; B.Nov.	Evitación del Daño			
	Dependencia de Recompensa				Autodirección			Trascendencia

5: dominios comunes (Widiger-Simonsen). 8: dominios tras subdividir Extraversión y Neuroticismo. *: Modelos biológicos que correlacionan; En cursiva, dominios más estrechos; entre paréntesis, facetas más relacionadas con otros dominios. Instrumentos: DAPP, Livesley, 2003; DIPSI, Descriptores de personalidad infantil, Kohnstman, 1998; HIPIC, Inventario de personalidad infantil, Mervielde-Asendorpf, 2000; EPQ (Eysenck Personality Questionnaire); NEO-PI-R, Costa-McCrae, 1992; ZKPQ, Zuckerman, 2002; SNAP, PAS, Tyrer, 2000; TCI, Cloninger, 2000.

B. Modelos neurobiológicos

Entre los modelos dimensionales alternativos al sistema categorial actual, hay modelos neurobiológicos (autodefinidos acertadamente como hipotéticos) que intentan correlacionar SNC con dimensiones de la personalidad. Entre otros, cabe citar los de Cloninger (1993); Pickering y Gray (1999); Siever y Davis (1999) y Depue-Lenzenweger (2005). Los modelos neurobiológicos son modelos dimensionales, y como tales, han propuesto perfiles específicos para los TP prototípicos del DSM.

El que estos modelos sean hipotéticos no es razón suficiente para descartarlos: los demás modelos tampoco son definitivos ni totalmente válidos. Ni el DSM ni los modelos dimensionales en uso han podido ser confirmados como inefables descriptores de la personalidad. La dificultad para encontrar un modelo definitivo sobre la personalidad no se debe solamente a las limitaciones de los modelos (entre las cuales una importante es la falta de apertura a los datos de otros modelos) sino a la complejidad de la personalidad como sistema dinámico.

Joel París (2005) sugiere tener prudencia ante los modelos biológicos: “(...) para conectar el fenómeno neurobiológico con los rasgos de personalidad, es necesario relacionar inequívocamente los aspectos funcionales de la actividad neuronal con los rasgos de personalidad (...). Los modelos dimensionales biológicos de la personalidad pretenden explicar la estructura de los rasgos de personalidad como conexiones entre sistemas de neurotransmisores (...). La mayoría de las hipótesis han sido refutadas, exceptuando la correlación entre Serotonina, Impulsividad y Evitación del daño (...). Los mismos receptores pueden tener efectos diametralmente opuestos en diferentes áreas del cerebro (...). Parece más coherente pensar en los rasgos como output complejos de interacciones entre muchos sistemas (...)”.

Sin embargo, las mismas críticas pueden hacerse al resto de modelos alternativos. De hecho, los modelos dimensionales de rasgos: (1) no logran correlacionar unívocamente rasgos y trastornos; (2) no explican acabadamente la estructura de la personalidad; (3) un mismo rasgo puede estar elevado en individuos con diferentes patologías, o incluso en individuos sanos.

La mayoría de las definiciones de personalidad y TP implican el funcionamiento de SNC subyacentes: “organización dinámica de sistemas psicofísicos” (Allport); “patrón permanente de experiencia interna y comportamiento... que se manifiesta en... cognición... afectividad... actividad interpersonal... y control de impulsos...” (DSM-IV-TR); “conjunto de sistemas de afrontamiento a las tareas universales de la vida” (Livesley, 1993); “fruto de la evolución de la especie” (Millon 1994) y “modo consistente y regular de percibir, sentir, relacionarse y actuar” (Fenomenología). Es imposible negar que estos sistemas estén compuestos por SNC. En otras palabras, no tener un mapa acabado del sistema no es razón suficiente para descartar la hipótesis: los SNC subyacen a la estructura, los rasgos y los síntomas.

Pickering y Gray (1999) a partir de modelos animales describen tres sistemas cerebrales que relacionan personalidad y neurobiología: (1) Aproximación (respuesta a los estímulos de refuerzo positivo); (2) lucha o huida (respuesta a los estímulos de refuerzo negativo) y (3) inhibición de la conducta.

Siever y Davis (2005) describen cuatro dimensiones neurobiológicas comunes a los trastornos del eje I y a los TP ambos ejes proponiendo la teoría del continuo entre ambos ejes del DSM. (1) Cognición-atención, mediada por las vías dopaminérgicas frontales, más afectada en trastornos del espectro esquizofrénico y de los TP del cluster A. (2) Impulsividad-exploración, mediada por los sistemas serotoninérgicos del rafe que regulan al lóbulo prefrontal, más afectadas en los Trastornos de conducta y en los TP del cluster B. (3) Regulación emocional, mediada por un balance (no demostrado) entre noradrenalina y acetilcolina, características más afectadas en los trastornos afectivos y en algunos TP del cluster B. (4) Ansiedad y miedo, mediadas por serotonina postsináptica, GABA y CRH más afectadas en los trastornos de ansiedad y en los TP del cluster C. Es importante señalar que los criterios diagnósticos DSM de TP Borderline se refieren a alteraciones en las cuatro dimensiones de Siever y Davis.

Depue y Lenzenweger (2005) proponen cuatro dimensiones que correlacionan parcialmente con SNC específicos. En cada SNC predomina un neurotransmisor, pero no es el único ni tiene el suficiente peso como para definir ese dominio como equivalente a los niveles generales de ese neurotransmisor en el LCR. Si bien no ha sido replicado, este modelo es útil a la hora de explorar la personalidad por varias razones. (1) Diferencia Impulsividad de Extraversión. (2) Distingue Ansiedad (reacción de lucha o huida) de Miedo (inhibición de la conducta y baja impulsividad). (3) Destaca

el peso de Afiliación (relacionada con el apego y con más peso que el Gregarismo del modelo de los cinco factores de Costa-McCrae. (4) Jerarquiza como dimensión de primer orden que regula a los tres restantes a “Restricción no afectiva” (de alguna manera semejante al Yo estable y maduro y al Super-yo integrado de un nivel de organización de personalidad alto de Kernberg). (5) Incluye estudios comparativos con dimensiones del nivel psicodinámico, imprescindible para diagnosticar y tratar la personalidad. A continuación, y de manera muy esquemática, se resumen las características de las cuatro dimensiones del modelo de Depue-Lenzenweger (Figura 2).

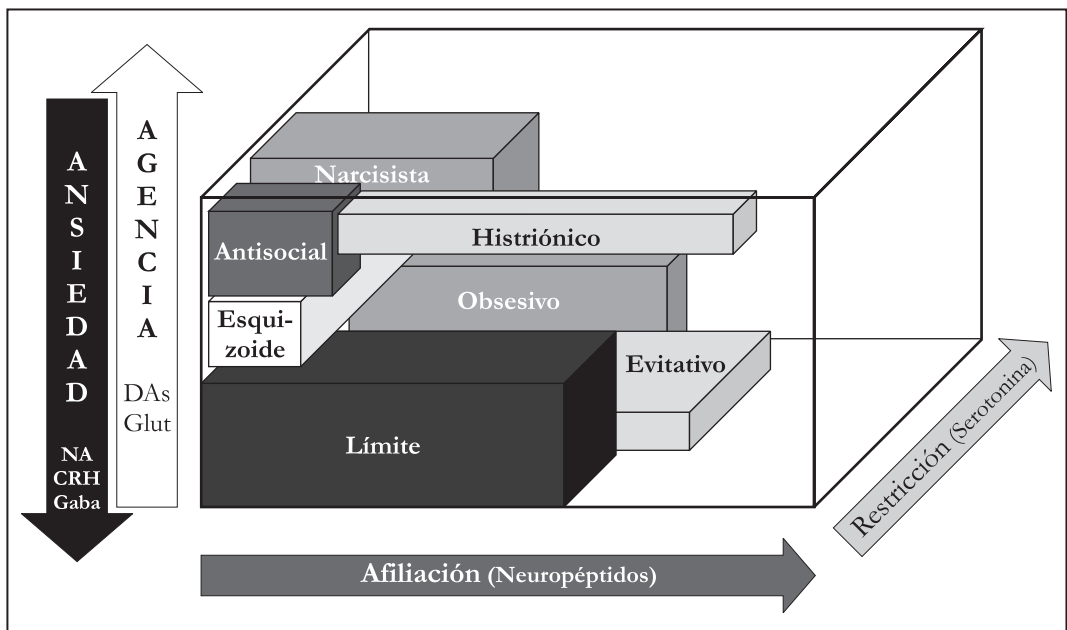
- **Agencia.** Correlaciona con las facetas del dominio Extraversión del MCF más relacionadas con la acción (a las que hemos reagrupado como “Extroversión activa”, Forti et al, 2008) y con Búsqueda de novedad del TCI-R. Es la medida de la motivación positiva hacia la gratificación, equivalente a la conducta mamífera de aproximación, y está mediada por el sistema dopaminérgico cortico-límbico-estriatal-talámico. Permite integrar el contexto de gratificación que parte de la corteza orbitaria media, amígdala e hipocampo; codificar la intensidad de los estímulos en un circuito de motivación compuesto por el núcleo accumbens, porción ventral del globo pálido y el sistema dopaminérgico que proyecta axones desde el área tegmental ventral y crear un estado motivacional que se transmite al sistema motor.
- **Afiliación.** Correlaciona parcialmente con las otras facetas de Extraversión del MCF (a las que denominamos Extroversión social, Forti *et al.*, 2008), con Afabilidad del MCF, con Cooperación y Dependencia de la recompensa del TCI-R. Implica procesos neurobiológicos que promueven vínculos afectivos a largo plazo. Está inespecíficamente relacionada con neuropéptidos (oxitocina y vasopresina) y opiáceos endógenos.
- **Ansiedad-Miedo.** Contrariamente a otros modelos (Gray, Siever-Davis y Cloninger), estos autores diferencian “Ansiedad” (preparación para la lucha o la huida, mediada por los núcleos del lecho de la *Stria terminalis*) de “Miedo” (Inhibición de la conducta, mediada por la amígdala). Miedo correlaciona (inversamente) con Responsabilidad del MCF, mientras que Ansiedad correlaciona con Neuroticismo del MCF. El TCI (Cloninger) no las distingue: ambas dimensiones correlacionan con Evitación del Daño. Ambos sistemas dependen de la noradrenalina (proyecciones del *locus Coeruleus* al resto del cerebro) y del factor liberador de corticotrofina y los efectos periféricos del cortisol.
- **Restricción no afectiva.** Este sistema regula a los tres anteriores, especialmente ajustando su umbral de respuesta, por medio de vías serotoninérgicas que, desde el rafe dorsal, inervan ampliamente las estructuras cerebrales. Es equivalente a algunas facetas de Responsabilidad del MCF y, por lo tanto, inverso a Impulsividad.

Los autores definen los TP prototípicos como puntos de alta intensidad en la intersección entre tres dimensiones: Restricción, Afiliación y el cociente entre Agencia y Ansiedad, inversamente proporcionales (figura 1). En la figura 2 se ve que los TP prototípicos se agrupan en la zona izquierda del cubo (baja Afiliación), por lo que Afiliación sería un indicador potencial de salud psíquica, de manera análoga al Nivel de organización de personalidad de la clasificación dimensional de Kernberg (Figura 3). La clasificación psicodinámica es la que mejor correlaciona con este modelo biológico, puesto que el nivel psicodinámico y el biológico son los más “estructurales” (Forti *et al.*, 2008).

Este modelo permite diferenciar claramente diferentes TP prototípicos del cluster B, un cluster que, a nuestro juicio, no cumple requisitos de clusters, pues agrupa TP muy diferentes entre sí, a nivel

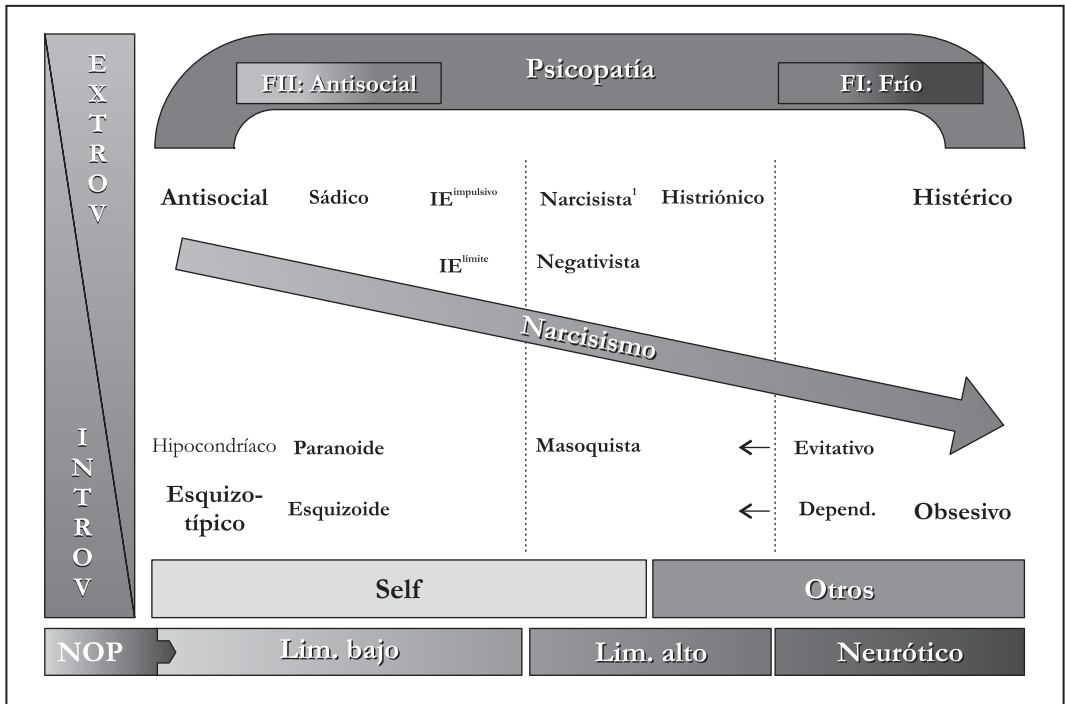
clínico, biológico y psicodinámico (Forti *et al.* 2008). El TP prototípico Antisocial tendría valores extremadamente bajos en Afiliación y Restricción, y elevados en Agencia/Ansiedad (alta capacidad de acción y baja ansiedad). El TP prototípico Histriónico también tiene baja Restricción (aunque más selectiva que el TPP Antisocial) y elevada Agencia/Ansiedad (Aunque con más “restricciones e inhibiciones que el TPP Antisocial) y una elevada Afiliación. El TP prototípico Límite, más allá de las múltiples y diferentes combinaciones que el sistema politético del DSM permite obtener, se caracterizaría por baja Restricción, baja Agencia- alta Ansiedad, y Afiliación baja o moderada). Quedaría una cuarta variante de este cluster, que podríamos denominar psicópata frío, diferente al TPP Antisocial (Blackburn, 2007), especialmente por un mejor funcionamiento frontal y mejor organización de personalidad. El psicópata frío tendría componentes de todos los TP del cluster B, incluyendo los componentes más patológicos del narcisismo: seductor y manipulador (Histriónico); delictivo, cruel, amoral y criminal (Antisocial); Frío, centrado en sí mismo y sin empatía (Narcisista); relaciones objetales internalizadas inestables (Límite). Esto quizás lleve en el futuro a considerar un noveno dominio, la ausencia de valores morales, característica del psicopatía frío. Finalmente, no queda claro en este modelo el lugar de la dimensión cognitiva de Siever y Davis: ¿es parte de la restricción o es un sistema diferente?

Figura 2. Sistemas neuroconductuales y TP prototípicos (Depue-Lenzenweger, 1999, modificado)



Agencia y Ansiedad (inversamente proporcionales) conforman una única dimensión. Los TP se agrupan a la izquierda (baja Afiliación) y adelante (baja restricción), reforzando la hipótesis psicodinámica (Salud = Yo maduro y Super-yo integrado). El TP Límite abarca una amplia zona caracterizada por: Afiliación baja o media; Restricción baja; y Agencia baja (es decir Ansiedad alta). NA: Noradrenalina. CRH: Corticotrofina. GABA: Ácido gama aminobutírico. Glut: glutamato. Das: dopamina subcortical.

Figura 3. Clasificación dimensional (Forti *et al.*, 2008)



NOP (Nivel de organización de personalidad) correlaciona con Centrado en sí mismo- en los Otros de Millon, y con Afiliación de Depue-Lenzenweger. Extroversión-Introversión correlacionan Modificación activa del entorno-Acomodación pasiva de Millon, y parcialmente con.-Agencia de Depue Lenzenweger. El narcisismo, como un continuo con diferentes grados de patología (Ronningstam, 2005) atraviesa todos los niveles.

C. Uso clínico

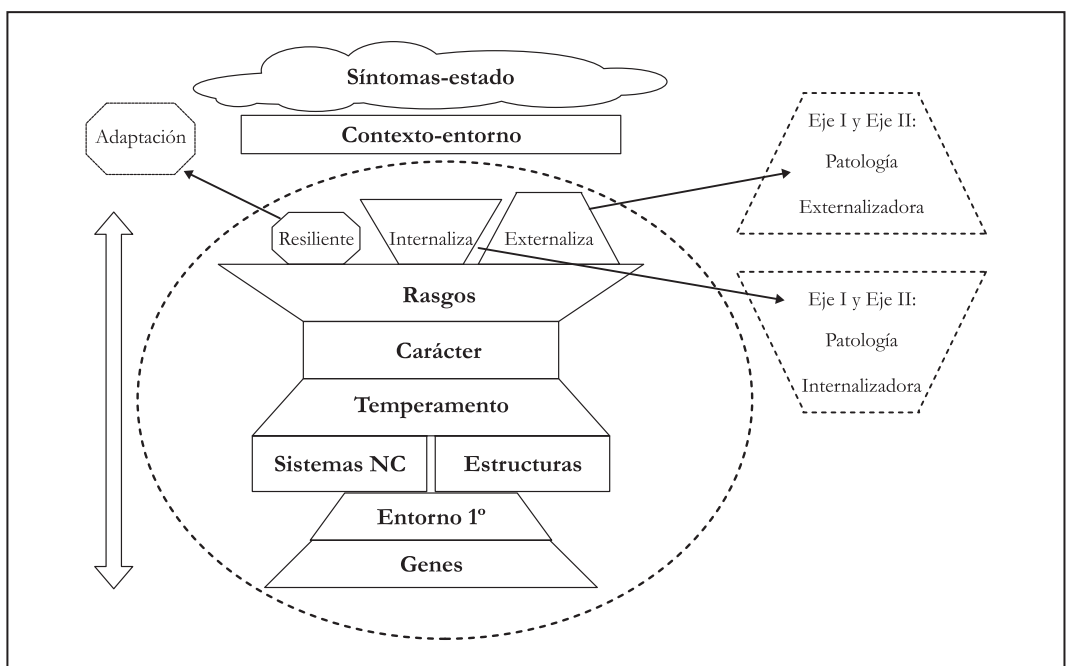
Investigación y clínica tienen una relación de influencia recíproca: la investigación (y las teorías de los investigadores) incide en la actitud del clínico hacia lo que debe explorar y tratar, pero al mismo tiempo, los resultados clínicos inciden en la teoría y en las corrientes de investigación. En el quehacer clínico diario utilizamos moléculas y observamos que éstas mejoran parte de los síntomas y conductas, lo cual a la vez favorece la disposición del paciente a la psicoterapia, y por lo tanto, al intento de cambio.

Mientras no se conozcan los componentes (anatomía) y mecanismos (fisiología) de la personalidad sólo podemos explorarla desde una posición ecléctica, pragmática e integradora (Livesley, 2003). Se supone que la personalidad es un conjunto de sistemas dinámico y estratificado (Depue-Lenzenweger, 2000) en al menos 4 niveles de organización (figura 4). Primero, los síntomas (estado) observables en el momento de la exploración. Segundo, el repertorio de rasgos dominantes que predisponen a padecer o reaccionar ante el entorno de una manera particular (nivel cognitivo conductual). Tercero, la estructura (nivel psicodinámico), que como un sistema organizador regula el repertorio de rasgos.

Finalmente, sistemas neuroconductuales (nivel biológico) que son la base biológica de la personalidad (el modo de percibir, sentir, pensar y actuar): Agencia, Ansiedad-Miedo, Afiliación, Restricción y Cognición (ésta última a partir del modelo de Siever-Davis).

La personalidad es un sistema dinámico en 3 sentidos: (a) sólo se activan partes del repertorio de rasgos y mecanismos adaptativos, según las características de la personalidad en interacción con el entorno y el momento; (b) hay una acción causal ascendente, desde los SNC hasta la conducta observable; (c) hay una acción moduladora descendente, desde la interacción con el entorno (incluyendo el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico) hasta los SNC (Schatzberg-Nemeroff, 2004). Si bien de momento no se ha logrado establecer una relación unívoca entre SNC, estructura, rasgos y síntomas, los datos de la investigación actual sugieren que este camino puede llevar a una mejor comprensión de la personalidad y sus disfunciones. Además, las decisiones clínicas apuntan a mejorar el estado, corregir o atenuar rasgos, y esto se puede conseguir equilibrando las relaciones entre los SNC subyacentes, algunos bastante conocidos, como la relación entre impulsividad y serotonina y otros, poco conocidos, como la relación entre apego y neuropéptidos (Depue-Lenzenweger, 2000).

Figura 4. Personalidad: sistemas dinámicos interactivos



(a) Se puede explorar la personalidad desde diferentes niveles: conductual, interpersonal, cognitivo, afectivo, psicodinámico, biológico y genético. (b) La personalidad es un conjunto (hipotético) de sistemas interactivos jerarquizados: genes, entorno primario, estructura, sistemas neuroconductuales, temperamento, carácter, rasgos y, en la superficie, los síntomas y signos producto de la interacción con el entorno. (c) Esta interacción incide en la evolución: patología de ambos ejes, recuperación-cronificación y adaptación. (d) Los sistemas son dinámicos, tanto en sentido ascendente (desde los genes hacia la conducta) como descendente (desde las vivencias o tratamientos hacia la estructura y la manifestación genética).

La personalidad (conjunto de sistemas) cambia en tiempo y espacio (Cervone-Shoda, 1999). El concepto de cambio es fundamental para que tenga sentido explorar y estudiar la personalidad: los TP cambian con psicoterapia (Perry & Bond, 2000; Piper & Joyce, 1999), farmacoterapia (Markovitz, 1999; Soloff, 1988) y nido-terapia (Tyrrer, 2000). Schatzberg-Nemeroff (2004) sugieren que el tratamiento puede llegar a modificar la expresión genética de disposiciones siguiendo el camino inverso al desarrollo de los síntomas: (1) se tratan los síntomas diana; (2) el alivio sintomático incide en parte de los rasgos; (3) el cambio en los rasgos repercute en la estructura (por ejemplo modificando aspectos cognitivos, afectivos, relacionales y de control de impulsos; (4) finalmente, los cambios estructurales pueden repercutir en la expresión de disposiciones genéticas. En otras palabras, explorar TP implica creer en la posibilidad de tratarlos, lo cual significa creer en la posibilidad de cambio. Una vez más insistimos en la correpondencia entre los niveles psicodinámico y biológico, puesto que ambos se refieren a los más profundo o estructural de la personalidad (Forti et al, 2008).

Los estudios sobre tratamientos farmacológicos son pocos, a corto plazo, sólo en 4 TP (Esquizotípico, Antisocial, Borderline y Evitativo), y con alta contaminación por el sesgo diagnóstico (exacerbado por la ambigüedad ontológica de los TP). Los resultados son ambiguos y equívocos, especialmente en lo referente al tratamiento de categorías (por otra parte cuestionadas), lo cual nos obliga a ser cautelosos a la hora de inferir y tomar decisiones clínicas. Sin embargo, son datos referidos a sistemas alterados que pueden correlacionar con disfunciones en dimensiones (síntomas y rasgos), no necesariamente relacionadas con patología categorial.

Una crítica frecuente al tratamiento farmacológico de TP es que no es etiológico. Pero tampoco es etiológico el tratamiento de anginas con antipiréticos ni de enfermedades autoinmunes con corticoides. Si lo único que conseguimos es aliviar parte de la sintomatología o atenuar rasgos que provocan malestar y conductas desadaptativas, ya estamos logrando al menos lo mismo que un antipirético o un corticoide, que no es poco.

II. Tratamiento farmacológico dimensional

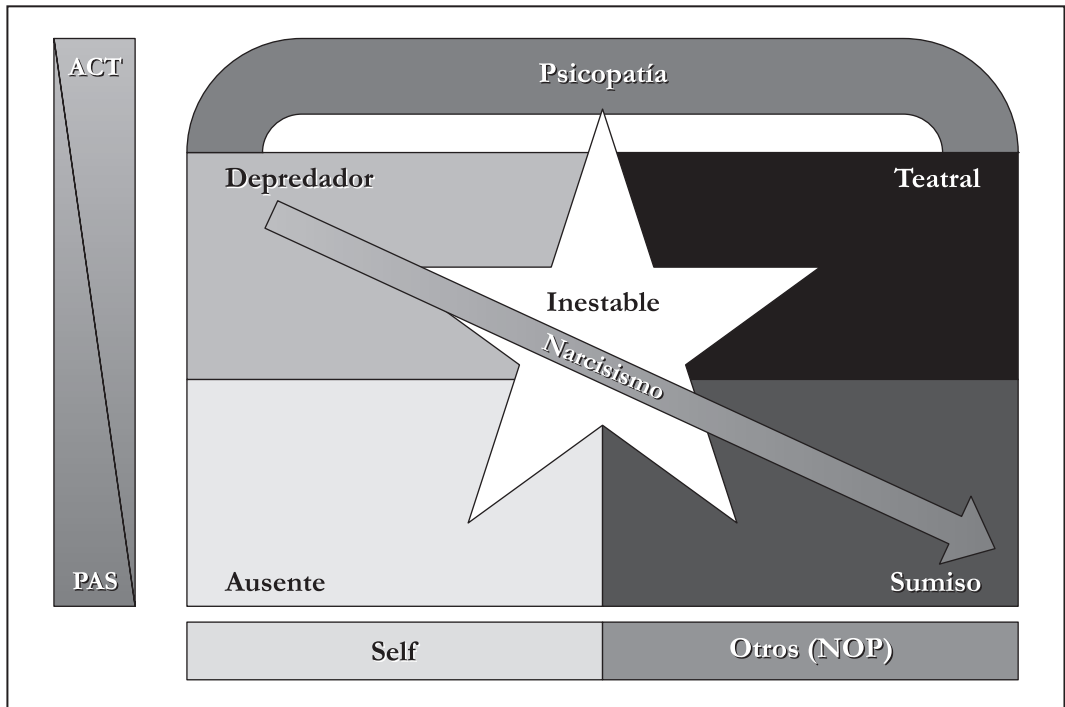
En el trabajo clínico se funciona con altos niveles de inferencia (Widiger-Simonsen, 2005). No hay más remedio, puesto que no podemos medir unívocamente cada dimensión, ni relacionarla con un SNC específico. Buscar una molécula que pueda intervenir sobre un síntoma o un rasgo es una de las tantas inferencias que el clínico debe afrontar en su quehacer cotidiano.

Se suele asociar impulsividad con ISRS, ansiedad con benzodiazepinas, y distorsión cognitiva con neurolépticos, pero en la clínica este esquema no funciona unívocamente. Los tratamientos suelen ser complejas combinaciones, cercanas a la alquimia. Como ya se comentó en el apartado anterior, el tratamiento farmacológico cumple dos funciones. La primera, terapéutica, tanto para aliviar síntomas y atenuar rasgos disfuncionales (con efectos colaterales en el entorno, que a la vez puede reforzar la tendencia al cambio) como para facilitar el acceso a una psicoterapia. La segunda, más diagnóstica y de investigación, para revisar interacciones entre SNC y personalidad (percibir, sentir, pensar, relacionarse y actuar).

Es poco frecuente encontrar casos prototípicos fuera de las bibliotecas. Lo usual es encontrar pacientes con variedad de rasgos y síntomas que llevan a diagnosticar en más de la mitad de los casos un TPSE (TP sin especificar). En el caso del TP Borderline, los mismos criterios del DSM se refieren

a componentes de todos los clusters: ansiedad, impulsividad, disforia, manipulación, distorsiones cognitivas y dependencia. En nuestra hipótesis de estilos adaptativos (Forti 2004; Forti et al, 2008) hemos sugerido que el TP Borderline, oscila o cicla entre todos los demás estilos: depredador, teatral, sumiso y ausente (Figura 5). El TP Borderline es polisindrómico (los criterios politéticos del DSM permiten más de cien combinaciones posibles de TP Límite), con intensos y bruscos cambios de síntomas (estado) y con oscilaciones a nivel psicodinámico. De alguna manera toca a todos y cada uno del resto de TP: episodios de disociación y micropsicosis (cluster A), conductas antisociales y manipuladoras (cluster B1), intensa disforia (Cluster B3), dependencia y terror al abandono (Cluster C). Por ello es conveniente tener en cuenta los datos sobre la biología de todos y cada uno de los TP al enfrentarnos a la posibilidad de tratar un TP Borderline, para después plantearse un tratamiento de las dimensiones que estén más alteradas u ocasionen más daño al individuo o al entorno.

Figura 5: Estilos adaptativos (Forti et al, 2008)



El TP Borderline (inestable) cicla y alterna tocando al resto de estilos adaptativos. Los cluster A (espectro esquizofrénico) y C (espectro ansioso) son homogéneos. Por razones biológicas y psicodinámicas proponemos diferenciar el cluster B en 3 estilos. B1: depredador, impulsivo, reactivo, NOP límite bajo, comparte componentes biológicos con TP del cluster A. B2: Inestable, ciclador, NOP límite bajo-alto, oscilan rasgos, síntomas y estabilidad del Yo. B3: teatral, seductor, gregario, NOP Límite alto. Un cuarto estilo es el psicopático, que se nutre de los estilos depredador y teatral, y de los componentes más fríos y explotadores del narcisismo.

Figura 6. Biología de la personalidad

Cluster A	Déficit: < DA frontal, mejor c/estimulantes Psicosis: > DA límbica, peor c/estimulantes	No discrimina estímulos, señales faciales y verbales; > ventrículos, < temporal. Reserva frontal evita Esquizofrenia
Psicopatía	Serotonina OK, Amígdala insensible,	¿Constelación de varios TP?
Cluster B	Agresividad impulsiva: < SER (mejora c/ 5HT); > MHPG Labilidad afectiva: ACTH; Fisostigmina IV; NA y DA.	Menor: prefrontal, frontal medial, temporal izquierdo. Menor activación frontal-prefrontal con fenfluramina.5HT-mCPP en TP Límite: Menor activación del Gyrus Cynguli Anterior Más activación del Gyrus Cynguli Posterior
Cluster C	< HVA en ansiedad (D2) > Reactividad ante estrés	Mayor sesgo de recuerdos desaprobatorios RNMF = control si no hay carga emocional

Pocos estudios (Esquizotípico, Límite y Evitativo); sesgo diagnóstico, corta duración.

Cluster A

El TP del cluster A más estudiado es el TP esquizotípico. (1) Correlaciona genéticamente con la esquizofrenia. (2) La genética tiene más influencia que el ambiente. (3) Los sujetos con predominio de síntomas pseudopsicóticos (distorsión cognitivo-perceptual) tienen mayor actividad dopaminérgica estriatal. (4) Los pacientes con predominio de síntomas de pseudodéficit (aislamiento social e indiferencia afectiva) tienen menor actividad dopaminérgica prefrontal. (5) Las anfetaminas, los psicoestimulantes y algunos antidepresivos (los que aumentan los niveles de catecolaminas) agravan al primer grupo y mejoran al segundo. (6) Ambos grupos tienen mejor respuesta al estrés (dopamina hipotalámica y cortisol plasmático) que los esquizofrénicos, por lo que se supone que tienen algún factor protector frente a la psicosis. (7) Tienen reducciones del volumen de lóbulos temporales semejantes a la esquizofrenia, pero, a diferencia de los esquizofrénicos, tienen volúmenes frontales normales. (8) Tienen menor activación de la corteza frontal dorsolateral en respuesta a la función ejecutiva o tareas de aprendizaje, aunque mejor que los esquizofrénicos, y con activación de áreas frontales compensadoras. (9) Tras la administración de anfetaminas liberan más dopamina estriatal que los sujetos normales pero menos que los esquizofrénicos. (10) Tienen disminución de atención, memoria de trabajo y aprendizaje verbal semejante a la esquizofrenia, relacionada con sus dificultades en concentración y en relaciones interpersonales (déficit en interpretar gestos y señales). (11) El TP paranoide no presenta estas alteraciones cuando no es comórbido con el TP Esquizotípico. Resumiendo, son pacientes con anomalías estructurales semejantes a las de los pacientes esquizofrénicos pero con mejor reserva prefrontal y menor actividad dopaminérgica estriatal.

Cluster B

Los TP más estudiados del cluster B son el TP Antisocial y el TP Límite, generalmente comórbidos. (1) Comparten tres dimensiones alteradas: impulsividad, agresividad y disregulación emocional. (2) Todos los TP tienen alta heredabilidad (TP Narcisista 0,79, TP Límite 0,69 y TP Histriónico 0,69) y efectos ambientales compartidos poco relevantes, excepto en el TP Límite en las dimensiones de agresividad impulsiva y disregulación emocional. (3) La serotonina está inversamente relacionada con la agresividad y la impulsividad. (4) Los resultados de genética de la conducta son contradictorios, probablemente debidos a diferencias críticas en las muestras (probablemente debido a las limitaciones de los criterios diagnósticos DSM). (5) Los resultados de correlación entre el metoxihidroxifenilglicol (MHPG), principal metabolito de la noradrenalina, y la agresividad da resultados contradictorios. (6) La agresividad ha sido mejor explicada por los niveles de 5-HIAA en LCR. (7) Los pacientes con TP Límite expuestos a anfetaminas mejoran si no tienen otro TP, pero se agravan si tienen un TP Esquizotípico comórbido (estos estudios no diferencian subgrupos de TP Esquizotípico con síntomas positivos o de déficit). (8) Una historia de malos tratos infantiles correlaciona con conducta agresiva y criminal en la vida adulta sólo si hay presencia del alelo MAO-A. (9) La relación de la acetilcolina en TP Límite ha dado resultados divergentes. (10) Sujetos con TP Antisocial agresivos tienen una reducción del 11% del volumen de la sustancia gris prefrontal, aumento de la sustancia blanca en cuerpo calloso y menor perfusión prefrontal. (11) Sujetos con TP Antisocial agresivos y alcoholismo tienen anomalías focales en el lóbulo temporal izquierdo e hiperactividad límbica. (12) Sujetos con TP Límite y agresividad mostraron menor metabolismo de glucosa en la corteza fronto-orbitaria, ventromedial y cingulada anterior, y una reducción en la síntesis de 5-HTT. (13) Los TP del cluster B tienen déficit en la capacidad de procesar información emocional (menor activación frontal y temporal ante palabras de contenido emocional negativo, mayor activación bilateral de la amígdala ante imágenes emocionalmente aversivas y mayor activación de amígdala izquierda ante imágenes que expresaban emociones. Resumiendo, la disfunción de estos pacientes puede deberse a alteraciones en varios sistemas monoaminérgicos y en estructuras cerebrales relacionadas con la inhibición conductual y el procesamiento de información emocional: **aun no se ha encontrado una valoración neurobiológica específica del TP Límite.**

Cluster C

Es el menos estudiado. La mayoría de los estudios son en pacientes con T del eje I (TOC y Fobia). (1) Tienen influencia genética específica y diferencial, algunos compartida con T del eje I (por ejemplo, TP Evitativo y T por ansiedad). (2) Los TP del cluster C (junto al TP Esquizoide) correlacionan con el gen transportador de dopamina DAT1, presentan menores niveles plasmáticos de metabolitos de la dopamina (por ello algunos mejoran con IMAO). (3) El SPECT ratifica esta hipótesis, al mostrar una menor unión al transportador de dopamina en el T por ansiedad. (4) Los pacientes con ansiedad social tienen una mayor respuesta del cortisol tras la administración de serotoninérgicos. (5) Se ha relacionado la timidez (rasgo evitativo) con el alelo L del transportador-recaptador de serotonina, pero no con los alelos relacionados con la noradrenalina y la dopamina. (6) Hay un estudio que describe mayor activación de la amígdala en la RMF de pacientes con fobia social.

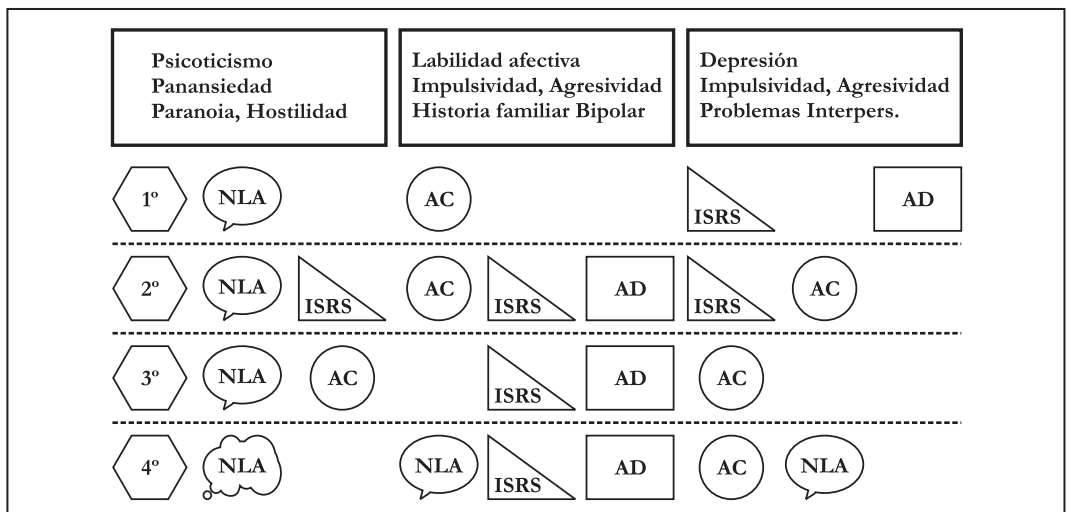
Fava sugiere tratar dimensiones, no trastornos (figura 7). Soloff propone tratar el TP Borderline según los grupos de síntomas diana (figura 8). Mercer *et al.* (2009), en un meta-análisis de artículos a doble ciego de tratamiento farmacológico contra placebo, de dos grupos de síntomas del TP Borderline (depresión y rabia-agresividad), comparando resultados entre Antidepresivos, Anticomiciales y Neurolépticos, muestran la importancia de los anticomiciales en este TP (tabla 3).

Tabla 3. Tratamiento dimensional (Fava *et al.*, 1997, modificado)

Dimensión	NL	AC	Litio	IRNA	ISRS	Dual	BDZ	Otros
Cognición-Percepción	+++	+		+	+		Estimulantes	
Agresividad planificada	¿+?	¿+?	¿+?					
Impulsividad	+	+++	+	¿+?	+++	+	NO	Estimulantes B. Bloqueant. Naltrexona
Disforia		+++	+	¿+?	+++	+++	+	Sulpiride
Ansiedad	+	+		+	+++	+	+++?	B. Bloq

+++ : 1ª elección; + : 2ª elección o asociado; NO: contraindicado. NL= neurolépticos (preferentemente atípicos); AC= anticomiciales; IRNA= inhibidores de la recaptación de noradrenalina; ISRS= inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; Dual= antidepresivos duales; BDZ= benzodiazepinas. Los estimulantes pueden mejorar la impulsividad de pacientes con déficit de atención, antecedentes de TDAH en la infancia y antecedentes de sedación o alivio con estimulantes.

Figura 7. Algoritmos de tratamiento del TP Límite (Zachtzberg-Nemeroff, 2004, pág. 1059, modificado)



1º, 2º, 3º, 4º: orden de elección del tratamiento. NL= neurolépticos típicos; NL= neurolépticos atípicos; AC= anticomiciales; ISRS= inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; AD= antidepresivos duales.

Tabla 4. Meta-análisis sobre el efecto de fármacos en 2 dimensiones del TP Limite (Mercer *et al.*, 2009).

	Antidepresivos	Anticomiciales	Neurolépticos
Depresión	Moderado Mejor con psicoterapia	Moderado (Excepto Valproato)	Nulo Haloperidol lo agrava
Rabia-Agresividad	Moderado Mejor si hay impulsividad Amytriptilina lo agrava	Bueno Especialmente Lamotrigina Topiramato, y Carbamacepina	
Efecto global	Moderado	Máximo	Bajo

Si es posible tratar dimensiones, puesto que éstas correlacionan con sistemas neuroconductuales subyacentes, y si ocho dimensiones describen mejor la personalidad que cuatro, convendría preguntarnos si no es posible un algoritmo de moléculas apropiadas para cada una de las ocho dimensiones. Esta aproximación es especialmente útil en el TP Borderline, que limita y alterna rasgos y estados de casi todos los TP. A continuación, se sugieren las moléculas más apropiadas para intervenir en cada uno de los ocho dominios propuestos (tabla 5).

- 1) Déficit cognitivo perceptivo.** Primera elección; NLA o NL a dosis moderadas. Segunda elección o asociados, según la sintomatología predominante: ISRS, AD y AC. Los ISRS mejoran la impulsividad y la atención; los AD la depresión; y los AC la impulsividad, irascibilidad y los cambios bruscos de humor.
- 2) Disforia-disregulación emocional.** Primera elección: AC, AD (ISRS, ADTC, IRSN). Puede sorprender que se propongan los AC como primera elección, pero está justificada por varias razones, entre las cuales cabe citar: (a) estabilizan el humor, atenuando ciclos bruscos; (b) algunos, como la Lamotrigina, tienen efectos antidepresivos demostrados; (c) si la disforia lleva a la impulsividad, es menester controlarla, para atenuar los efectos colaterales de la misma en las relaciones interpersonales, en el trabajo y en la vida cotidiana, incluyendo la voracidad o el consumo de sustancias para aliviar la disforia. Segunda elección o asociados: BDZ, Litio, Sulpiride. En el caso del TP Borderline, las BDZ estarían contraindicadas como tratamiento regular, tanto por el riesgo de dependencia y tolerancia, como por el riesgo de efecto paradójico y desinhibición.
- 3) Ansiedad.** Primera elección: BDZ (poco tiempo), con o sin ISRS. Segunda elección o asociados: AD (ADTC, ISRS, IRSN, IRSN), AC, NLA a bajas dosis o Beta Bloqueantes. Teniendo en cuenta que hablamos de ansiedad-rasgo, está claro que las BDZ tienen un problema en cuanto a la duración del tratamiento: si el tratamiento es a largo plazo, las benzodiazepinas favorecerían la tolerancia y la dependencia, más aun en el TP Borderline.
- 4) Miedo.** Primera elección: BDZ en situaciones puntuales, ISRS o AD, a largo plazo. Segunda elección o asociados: ADTC, IRSN, Duales, NLA a bajas dosis o Beta Bloqueantes. La diferenciación entre miedo y ansiedad propuesta por Depue-Lenzenwenger (1999) tiene su aplicación práctica. Si el miedo es situacional y puntual, sería suficiente un beta bloqueante ante esas situaciones puntuales. Si el miedo es generalizado, y debido en parte a una distorsión cognitiva, los NLA pueden ser útiles. Si el miedo es parte de una disforia intensa o de autoreproches inten-

sos en una personalidad insegura, los AD pueden ayudar. Para la inversa, es decir bajo miedo, componente psicopático presente en algunos TPP Borderline (bajo Miedo), no hay tratamiento farmacológico.

- 5) **Impulsividad** (Inversa de restricción no afectiva). Primera elección, AC, con o sin ISRS. Segunda elección o asociados: NLA, NL, AD, Litio, Beta bloqueantes, Naltrexona o Estimulantes. Evitar BDZ. Hay varios sistemas implicados en la impulsividad, pero aun no hay indicadores clínicos precisos que sugieran qué tratamiento utilizar como primera elección. Ante un paciente impulsivo con déficit de atención que además refiera indicadores de probable TDAH en la infancia, sería recomendable intentar con Metilfenidato (Quiroga Ramos, 2004). Antecedentes de sedación o alivio con estimulantes (cocaína, anfetaminas y cafeína) podemos inferir alteraciones en los SNC dopaminérgicos subcorticales, compatibles con una organización Borderline de personalidad; mientras que ante un paciente que se “centra mejor y se relaja” con la cocaína, podemos inferir una disfunción en los SNC dopaminérgicos frontales, compatibles con un déficit de atención e hiperactividad.
- 6) **Apego** (inversa de agresividad). En el caso de la agresividad fría y planificada, no hay tratamientos farmacológicos que hayan demostrado ser eficaces. Los estudios sugieren AC, NL, NLA o Naltrexona; pero cabe preguntarse si en el caso que fueran eficaces, el paciente aceptaría tomarlos regularmente. En todo caso, cambios serios en el entorno parecen provocar algún cambio. En el caso de la agresividad impulsiva, el tratamiento sería el propuesto para dicha dimensión.
- 7) **Afiliación**. Como aun no se han descubierto moléculas específicas para esta dimensión, de momento habrá que tratarla según el peso de otras dimensiones: ansiedad, disregulación emocional o cognición (Esquizoidía).
- 8) **Agencia**. Esta dimensión es inversamente proporcional a la ansiedad y puede debilitarse por la disregulación emocional (inhibición), por lo cual el tratamiento debe apuntar a estas dimensiones.

Claro está que estamos en un nivel de hipótesis e inferencias, pero los pacientes no pueden esperar a que la teoría esté acabada: precisan, y algunas veces solicitan, tratamiento. Prestar atención a las dimensiones es una de las muchas formas de acercarnos al problema e intentar potenciar el proceso de cambio. Aun hace falta mucha investigación y clínica para llegar a conclusiones más definitivas.

Tabla 5. Tratamiento farmacológico dimensional (Forti et al, 2008, modificado)

	Agencia	Gregarismo	Apego (Agresividad)	Restricción (Impulsividad)	Miedo	Ansiedad	Inestabilidad Emocional	Cognición
NL	Según Ansiedad o Inestabilidad Emocional	Según Ansiedad, Inestabilidad Emocional o Déficit cognitivo	+++	+	+	+	+	+++
AC			+++	+++	+	+	+++	+
Litio			+	+			+	
IRNA					+	+	+	
ISRS			+	+++	+	+++	+++	+
Duales				+	+	+	+++	+
BZD				NO	+++	+++	Puntual	
Otros			B Bloq.	B Bloq. Naltrexona, Estimulantes	B Bloq.	B Bloq.	Sulpiride	Estimulantes

+++ : 1ª elección; + : 2ª elección o asociado; NO: contraindicado. ¿?: Poco probable; NL= neurolépticos (preferentemente atípicos); AC= anticomociales; IRNA= inhibidores de la recaptación de noradrenalina; ISRS= inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; Dual= antidepresivos duales; BDZ= benzodicepinas. B.Bloq.= Beta bloqueantes; En Agencia y Gregarismo se elige la molécula según el peso de otras dimensiones. Para Apego no hay tratamiento demostrado, se sugieren opciones para la agresividad, uno de sus componentes.

Bibliografía

- Blackburn, R., 2007. Trastorno de personalidad y Desviación psicopática: comentarios sobre el debate respecto a la estructura del PCL-R (Psychopathy checklist-revised), JPD, 2vol 21, N° 1, 2007.
- Butcher, J.N. 2002. *Clinical Personality Assessment*. Oxford University Press. NY.
- Cervone, D. & Shoda, Y. (Eds). *The coherence of Personality*, New York, Guilford Press, 1999.
- Cloninger, 1993. A psychobiological Model of Temperament and Character; *Arch.Gen.Psych.*
- Coccaro & Siever, 2005. Neurobiology of PD, en Oldham, Skodol & Bender (Eds) *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishings.
- Costa & McCrae, 1990. PD and the Five-Factor model. *Journal of PD*, 4, 362-371.
- Costa & McCrae, 1999. NEO-PI-R. *Inventario de Personalidad revisado*. TEA ediciones, Madrid, 1999.
- De Clerq & De Fruyt, 2003. PD symptoms in adolescence: a Five-Factor perspective. *Journal of PD*, 17, 269-292.
- Depue & Lenzenweger, 2005. A Neurobehavioral Dimensional Model of Personality Disturbance. En Lenzenweger Clarkin (Eds.), *Major Theories of PD Livesley* (pp. 392-454). New York, Guilford Press.
- First, Frances y Pincus, 2005. *Guía de uso del DSM-IV-TR*. Masson, Barcelona.
- Forti Sampietro, 2002. Psicopatología, una revisión desde la filosofía de la ciencia. Monográfico de la Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias.
- Forti Sampietro, 2004. Trastornos de la personalidad, Hacia un modelo integrador. Número extraordinario de la Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias.
- Forti Sampietro, 2006. Agenda de la APA para el DSM-V. Traducción al castellano del vol. 19, N° 2 y 3, del JPD (Distribuido por Jansen).
- Forti et al, 2008. Protocolo de exploración de la personalidad. Número extraordinario de la Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias.
- Gabbard, G. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*; American Psychiatric Press, London, 1994.
- Gray, 1992. Neural systems, emotion and personality. En Madden, Mattheyse & Barchas (Eds.), *Adaptation, Learning and affect* (pp. 95-121). NY: Raven Press.
- Hempel K. *La explicación científica*; Paidós, Bs As, 1979.
- Jang, Livesley, Vernon & Jackson, 1996. Heritability of Personality Disorders traits. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 438-444.
- Kernberg O. *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Paidós, Bs As, 1979.
- Kernberg-Caligor, 2005. A psychoanalytic Theory of Personality Disorders; in Lenzenweger-Clarkin (Ed) "Major Theories of Personality Disorders", 2005. Guilford Press.
- Krueger, R, 2005. Continuity of Axes I and II: Toward an Unified Model of Personality, Personality Disorders, and Clinical Disorders. *JPD*, 2005, Vol.19, N° 3.
- Kupfer, First & Regier (Ed). "A research agenda for DSM-V". Washington, APA.

- Livesley, W.J. Classification of Personality Disorder. *JPD*, 19, 2, 131-155.
- Livesley, W.J., 2003. Practical Management of Personality Disorder. NY, Guilford Press.
- Markovitz, 1999. Pharmacotherapy. In Livesley (Ed), Handbook of PD (pp. 475-492). NY, Guilford Press.
- Mercer et al, 2009. Meta-Analyses of Mood Stabilizers, Antidepressants and Antipsychotics in treatment of Borderline PD. *JPD*, Vol 23, N° 2, April 2009.
- Mervielde et al, 2005. Temperament, Personality and Evolutionary pathology as antecedents of PD. *JPD*, 2005, 19.
- Millon T; Trastornos de personalidad, más allá del DSM IV; Masson, Barcelona, 1999.
- Morse, J. Q., & Pilkonis, P. A., 2007. Screening Personality Disorders. *JPD*, 2007, N° 21.
- Oldham, Skodol & Bender, 2005 (Eds). Textbook of Personality Disorders, American Psychiatric Publishing.
- OMS. 10ª revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10); Forma, Madrid, 1994.
- Palomo T; Neuroimagen en psiquiatría; CYM, Madrid, 2002.
- Pickering & Gray, 1999. The neuroscience of personality. In Pervin & John (Eds), "Handbook of Personality" (pp. 277-299). NY, Guilford press.
- Ronningstam E. Identifying and Understanding the Narcissistic personality. Oxford university Press, 2005.
- Rubio Larrosa V, Pérez Urdaniz, A. Trastornos de personalidad. Elsevier, Madrid.
- Schatzberg-Nemeroff, 2004. Textbook of psychopharmacology. American Psychiatric Publishing, Arlington.
- Siever & Davis, 1991. A psychobiological perspective on PD. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- Strack & Lorr (Eds). Differentiating normal and abnormal Personality. NY, Springer.
- Tyrer P, 2002. Nidotherapy: a new approach to the treatment of persistent mental and personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 105: 469-471.
- Widiger & Coker, 2002. Assessing Personality Disorders. In Butcher (Ed) "Clinical Personality Assessment" (pp.407-427). Oxford University Press, NY.
- Widiger & Costa, 2002. Five-Factor Model PD research. In Costa & Widiger (Eds) "PPD and the Five Factor Model (pp.59-87). Washington, DC, American psychological Association.
- Widiger, Simonsen, Sirovatka, Regier (Eds). Dimensional models of Personality Disorders. Washington, American Psychiatric Association.
- Wiggins, J.S, 2003. Paradigms of Personality Assessment. NY, Guilford Press.