

OTTO KERNBERG

Otto Kernberg, famoso psiquiatra de origen chileno alemán radicado actualmente en Estados Unidos, es autor de importantes aportes al desarrollo de la psicoterapia de orientación psicoanalítica y psicoanálisis mundial. Dentro de sus contribuciones figura su propuesta de clasificación de trastornos de personalidad, la que constituye un sistema de clasificación que integra tanto criterios dimensionales como categoriales, yendo más allá de la simple descripción conductual, otorgando mayor comprensión a las implicancias del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de estos trastornos.

Además de este aporte, Kernberg propone un instrumento de utilidad práctica para el diagnóstico de los trastornos de personalidad, complementario a su clasificación: la entrevista estructural.

En el presente trabajo se expondrá en forma breve la propuesta de clasificación de trastorno de personalidad de Kernberg. Primero se presentarán conceptos teóricos básicos sobre la personalidad, y sobre las características dimensionales y categoriales del sistema de clasificación; se continuará con los tipos estructura de personalidad propuestos por Kernberg y los criterios de clasificación y evaluación clínica: identidad del yo, juicio de realidad y mecanismos de defensa avanzados v/s primitivos. Para finalmente integrar la caracterización de los trastornos de personalidad como entidades nosográficas separadas en las estructuras de personalidad.

Consideraciones previas

Para comprender mejor la clasificación de los trastornos de personalidad propuestos por Kernberg se deben considerar lo que él entiende por Temperamento, Carácter y Personalidad.

- *Temperamento*: Disposición innata a reaccionar de forma particular a los estímulos ambientales, determinada genéticamente. Específica la intensidad, ritmo y umbral de la respuestas emocionales. El aspecto temperamental más importante para la clasificación de los trastornos de Kernberg es la Introversión / Extroversión.

- *Carácter*: Organización dinámica de los patrones conductuales del individuo; manifestación conductual de la identidad del yo, determinada por la integración del concepto de si mismo y de los otros significativos

- *Personalidad*: Integración dinámica de los patrones conductuales derivados del temperamento, carácter y los sistemas de valores internalizados (súper yo). A la estructura de personalidad de un individuo subyacen dos precondiciones: Estructurales y Dinámicas

o Precondiciones estructurales: grado en que se hayan integrado y internalizado, a través de las relaciones tempranas, el si mismo y las relaciones objetales; llegando en el caso de la personalidad normal (y neurótica) a la constancia objetal, objetos internalizados totales

o Precondiciones dinámicas: se refiere a la organización de los impulsos (libido y agresión) que se van activando en las relaciones objetales tempranas. En la estructura de personalidad normal se da una integración de la agresión y la libido bajo la dominancia de los impulsos libidinales.

Otro aspecto importante a considerar es que Kernberg propone una clasificación de los trastornos de personalidad que combina criterios dimensionales de clasificación (diferencias cuantitativas dentro de dimensiones generales: Identidad del yo, prueba de realidad, mecanismos defensivos) y categoriales (diferencias cualitativas entre los tipos de trastorno de personalidad dentro de un grado dimensional). Esto significa: dentro de las dimensiones se pueden describir diferentes tipos de personalidad según se alejen o acerquen a los polos de las dimensiones. Sin embargo también se pueden diferenciar, dentro de una misma dimensión, un tipo de personalidad de otro por características que lo hacen claramente diferentes y por que la cantidad hace también que una entidad nosográfica se pueda distinguir de otra, configurándose

en un tipo de personalidad distinta (cantidad se transforma en calidad, en un continuo discontinuo) (Gomberoff, 1999).

CLASIFICACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE PERSONALIDAD

De acuerdo a los planteamientos de Kernberg, se distinguirían diferentes estructuras de personalidad en un continuo de gravedad (Kernberg, 1987, 1997; Gomberoff, 1999):

- *Estructura de personalidad normal*: donde no se encuentran trastornos de personalidad
- *Estructura de personalidad de tipo neurótico*: donde se encuentran los trastornos de personalidad menos graves
- *Estructura de personalidad de tipo limítrofe*: donde se ubican los trastornos de personalidad más severos; dividida a su vez en limítrofe superior y bajo
- *Estructura de personalidad de tipo psicótico*: que es un criterio de exclusión para los trastornos de personalidad.

Criterios de clasificación y evaluación clínica:

La clasificación de estructuras de personalidad de Kernberg se basa en tres criterios básicos (Kernberg, 1987; Gomberoff, 1999):

- Identidad del yo
- Juicio de realidad
- Mecanismos de defensa primitivos v/s avanzados.

A continuación se explicará cada uno de ellos y se incluirá las preguntas propuestas por Kernberg en su entrevista estructural para explorarlos, además se presentarán los indicadores en la respuesta de los pacientes que señalan la presencia o ausencia de dichos criterios.

1) Identidad del yo:

Incluye dos puntos esenciales (1) concepto integrado (aspectos positivos y negativos) de sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones, (2) el concepto integrado de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto. La identidad del yo está presente sólo en las estructuras neuróticas, por lo tanto es un criterio diferenciador con las estructuras limítrofes y psicóticas. La evaluación clínica de este criterio no se debe realizar en personas que presenten cuadros psicóticos y/u orgánicos (Kernberg, 198?; Gomberoff, 1999).

Para explorar la integración del sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones las preguntas que se hacen son:

“Ahora que me ha contado por qué vino y cuáles son sus problemas, me gustaría que se describiera a sí mismo en unas pocas palabras ¿cuáles son las cosas que lo diferencian a usted de las demás personas?”.

Se espera que una persona normal o con estructura neurótica pueda dar una descripción donde se integren aspectos negativos y positivos, identificar sus características estables sin desconocer que en ciertas circunstancias puede salirse de esos patrones; además el entrevistador puede formarse una imagen relativamente clara de la persona a partir del relato del paciente.

Las personas con estructuras limítrofes relatan aspectos contradictorios de sí mismos pero sin darse cuenta de la contradicción de su relato, el entrevistador puede tener la sensación de que el paciente esta hablando de distintas personas por lo que no puede percibir en forma clara la descripción del paciente y tener la sensación de caos. Las personas con estructuras psicóticas no pueden responder esta pregunta porque es poco estructurada y requiere mantener empatía con el entrevistador. Las personas con problemas orgánicos (delirio, demencia, alteraciones del sensorio) tampoco logran estructurar una respuesta pues implica concentración, introspección y relaciones abstractas (Kernberg, 198?; Gomberoff, 1999).

Para explorar el concepto integrado de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto, primero se debe captar cuáles serían esas personas y luego preguntar *“¿por qué no me describe la personalidad de su mamá y de su hermano? Cuénteme cómo son ellos?”*. Los pacientes con estructura limítrofe dan una descripción superficial que impide conocer los aspectos más profundos de esas personas, además muchas veces caen en profundas contradicciones cuando describen características sin que se percaten de ello. En pacientes con estructura neurótica la descripción incluye aspectos relevantes, integración de aspectos negativos y positivos que permiten que el entrevistador se haga una imagen más o menos clara de esas personas. En el caso de estructuras psicóticas o con problemas orgánicos no se continúa con la exploración de la Identidad del yo y se pasa a indagar más en la sintomatología específica (Kernberg, 1987; Gomberoff, 1999).

2) Juicio de realidad:

Este segundo criterio de clasificación y valuación clínica, implica la capacidad de: (1) diferenciar el yo del no-yo (2) diferenciar el origen de los estímulos ya sea intrapsíquico o extra psíquico (3) mantener criterios de realidad socialmente aceptados. El juicio de realidad está mantenido en las estructuras neuróticas y limítrofes, no así en las psicóticas por lo que es un criterio diferenciador entre estructuras psicóticas y limítrofes.

La evaluación de este criterio se hace en tres etapas (Gomberoff, 1999):

I. Presencia / ausencia de alucinaciones o ideas delirantes: si en ese momento las tiene significa que el juicio de realidad está perdido. Si ha tenido estas manifestaciones se pregunta por el significado de ellas *“¿qué le parece lo que le pasó?”* si el paciente responde que no lo entiende y teme estar perdiendo la razón significa que se recobró el sentido de realidad (lo que puede ocurrir en las estructuras limítrofes), por el contrario si lo describe como algo natural, el juicio de realidad aún está perdido.

II. Mantención de criterios sociales: si el paciente nunca ha tenido alucinaciones ni ideas delirantes se evalúa, mediante la observación o análisis del discurso, lo más extraño o absurdo de la conducta del paciente o de los afectos. Después de tener claro esto se le pregunta *“yo*

quisiera hablar con usted de algo que he observado en nuestra interacción ¿me permite que le señale algo que me llamó la atención y que me tiene al o sorprendido, que no entiendo?...yo vi que usted estaba haciendo esto o reacciona de tal forma y esto me pareció raro ¿usted entiende que a mí me haya parecido extraño o es un problema mío? Un paciente con el juicio de realidad mantenido entiende que al entrevistador le resulte extraño lo que él le señaló y explica la situación mejorando el entendimiento de éste. Por el contrario, el juicio de realidad se denota perdido si el paciente no puede ver por qué a otra persona le resulte extraño cierto comportamiento.

III. Identificar en la interacción mecanismos de defensa primitivos e interpretarlos: este paso es el más difícil. Se debe tener una visión global del paciente, tomar en cuenta su comportamiento y como responde a las preguntas del entrevistador. Las reacciones defensivas primitivas comienzan a aparecer en las estructuras limítrofes y psicóticas al pedirle al paciente que se describa y continúan apareciendo en el transcurso de la entrevista estructural. Ante las defensas del paciente, interpretar en el presente y ver la reacción de este. Los pacientes limítrofes mejoran con esta intervención, los psicóticos empeoran (Kernberg, 198?; Gomberoff, 1999).

3) Predominio de mecanismos de defensa primitivos v/s avanzados:

En la práctica clínica se aprecia que los mecanismos de defensa se utilizan en constelaciones o conjuntos. La constelación neurótica o mecanismos avanzados se centra en la represión además de ir acompañado de proyección, intelectualización, racionalización, negación y formación reactiva. La segunda constelación la constituyen los mecanismos más primitivos los que se centran en la escisión, junto con esta aparecen la identificación proyectiva, idealización primitiva, omnipotencia, control omnipotente, devaluación y negación primitiva. Este criterio sirve para diferenciar las estructuras neuróticas de las limítrofes y psicóticas ya que los mecanismos primitivos son típicos de estas últimas organizaciones (Gomberoff, 1999).

Para evaluar las constelaciones hay que poner atención en la interacción con el paciente. Los mecanismos avanzados usualmente no interfieren la relación paciente-terapeuta, se ven más indirectamente. En cambio los mecanismos primitivos pueden observarse directamente ya sea en

el contenido del discurso del paciente (contradicciones, adjetivos muy positivos hacia el terapeuta o negativos, etc.) como en el comportamiento (reacciones de angustia, muestras de desprecio, provocación, rechazo en el lenguaje corporal). Junto con el uso de estas defensas se puede apreciar regresiones transferencias y contra transferenciales desde las primeras sesiones (Kernberg, 1987; Gomberoff, 1999).

La exploración de estos tres criterios permite diferenciar entre estructuras psicóticas, neuróticas y limítrofes, sin embargo a menudo la clasificación de las estructuras limítrofes se hace dificultosa por su carácter intermedio. Para clarificar el diagnóstico, Kernberg propone otros criterios que caracterizan a las estructuras limítrofes y las diferencian de las neuróticas.

Estas son:

- **Dificultades graves y crónicas en las relaciones de objetos:** los pacientes limítrofes no logran establecer relaciones verdaderas con otra persona, caen en la manipulación, control y desvalorización del otro.
- **Manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica:** falta de control de impulsos, incapacidad para tolerar la angustia, insuficiente desarrollo de canales de sublimación,
- **Tendencia problemática del súper yo:** puede manifestarse como el apego a normas morales por el "qué dirán" o en conductas antisociales, mentira crónica, robo, engaño, estafa, agresiones abiertas a otros o explotación parasitaria.
- **Síntomas neurótico crónicos, polimorfos y difusos:** presencia de angustia, depresión, fobias, síntomas obsesivos, tendencias hipocondríacas.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LAS ESTRUCTURAS DE PERSONALIDAD.

Uno de los principales aportes de Kernberg a la comprensión de los trastornos de personalidad es haber explicitado la configuración estructural y dinámica subyacente que los hace tanto similares como distintos entre sí.

Se analizarán los trastornos de personalidad comenzando desde la menor a mayor severidad:

· ***Trastornos de personalidad en estructura neurótica:*** Incluye a los trastornos Depresivo masoquista, obsesivo compulsivo e histérico. Se caracterizan por una identidad del yo y capacidad de relaciones profundas, control de impulsos y tolerancia a la ansiedad; creatividad en el trabajo por la capacidad de sublimación. Poseen capacidad para amar sexualmente e intimar, pero esta está afectada por sentimientos de culpa inconscientes que se reflejan en patrones patológicos de interacción; de hecho el conflicto dinámico (impulsos) consiste en la patología de la libido. En el caso del trastorno depresivo masoquista existe un conflicto oral que se ha llevado (relativamente inmodificado) al plano edípico. En el obsesivo compulsivo una constelación de conflicto anal es llevada al plano edípico. La personalidad histérica es un ejemplo de conflicto edípico que se refleja en una inhibición sexual (Kernberg, 199?)

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

· **Trastornos de personalidad en estructura limítrofe inferior:** Incluye el trastorno de personalidad limítrofe (en sentido estricto), esquizoide, esquizotípico, paranoico, hipomaniaco, hipocondríaco, narcisismo maligno y antisocial. Estos trastornos se caracterizan por la difusión de identidad, no se ha logrado la constancia objetal, no se perciben objetos totales sino que idealizados (tanto buenos como malos); un desarrollo desproporcionado del impulso agresivo ligado al uso masivo de la escisión como mecanismo defensivo para poder contar con objetos buenos que protejan de los malos para escapar de la agresión atemorizante; también se observan problemas en las relaciones íntimas; el súper yo es arcaico, no integrado. Todo esto se traduce en problemas para establecer relaciones íntimas duraderas, falta de metas en la vida, incapacidad de sublimar ligada a poca persistencia y creatividad en el trabajo; patología de la vida sexual por estar contaminada la libido con la agresión, incluyendo tendencias polimorfos (Kernberg, 1997).

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

Una primera línea es la del trastorno limítrofe y esquizoide que reflejan una fijación en la separación / individuación, existe una escisión de las relaciones objetales internalizadas, que en el esquizoide – por una tendencia temperamental introvertida – se expresa en empobrecimiento de las relaciones objetales (empobrecimiento social) con poca expresión afectiva debido a la escisión de los afectos, e hipertrofia de la vida fantasiosa; en el caso del limítrofe – con tendencia temperamental extrovertida – se expresa en relaciones impulsivas en el plano

interpersonal, que remplazan su autoconciencia. La personalidad esquizotípica es una forma más severa de la personalidad esquizoide; la personalidad paranoide se caracteriza por un aumento de agresión y proyección (del tipo identificación proyectiva) en relación al esquizoide, unida a una auto idealización defensiva. La personalidad hipocondríaca también está unida a la línea esquizoide, en este caso los objetos persecutorios (producto de la escisión esquizoide) se proyectan al interior del cuerpo, lo que las asemeja al trastorno paranoide (proyecta fuera de sí los objetos persecutorios).

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

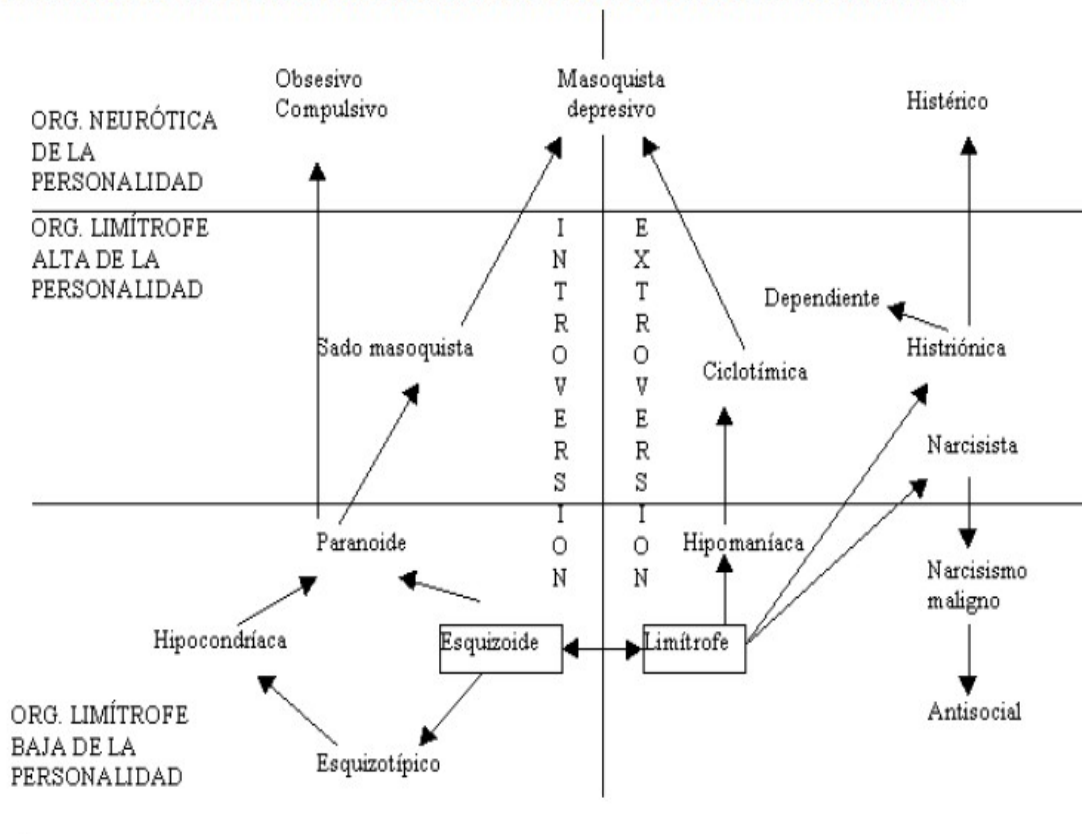
También es posible observar la línea narcisista que se caracteriza por un sí mismo integrado, pero patológico y grandioso; dentro de esta línea se encuentran de menor a mayor gravedad: el trastorno narcisista, narcisismo maligno y trastorno antisocial. Lo que diferencia a estos trastornos es el nivel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

Siguiendo la línea limítrofe se encuentra la personalidad infantil o histriónica y la histérica. En la personalidad infantil (estructura limítrofe) no hay capacidad de establecer relaciones personales

maduras, se observan tendencias sexuales polimorfas y conflicto indiferenciado con hombres y mujeres; en la personalidad histérica (estructura neurótica) los conflictos se restringen al ámbito sexual, con pseudohipersexualidad e inhibición sexual, mayores conflictos con las mujeres que con los hombres, que son por competir por los hombres.

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

RELACIONES ENTRE LAS ESTRUCTURAS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD



**CUADRO RESUMEN CLASIFICACIÓN DE Estructuras y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
SEGÚN KERNBERG**

Criterios	Estructura de Personalidad			
	Neurótico	Limitrofe alto	Limitrofe bajo	Psicótico
Identidad del yo	Presente	Ausente	Ausente	Ausente
Juicio de realidad	Mantenido	Mantenido	Mantenido, pero con alteraciones	Ausente
Defensas	Avanzadas	Primitivas	Primitivas	Primitivas
Trastornos de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Obsesivo compulsivo • Masoquista 	<ul style="list-style-type: none"> • Sadomasoquista • Ciclotímico 	<ul style="list-style-type: none"> • Paranoide • Hipocondríaco 	

	<ul style="list-style-type: none"> depresivo • Histérico 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Histriónico • Narcisista 	<ul style="list-style-type: none"> • Esquizotípico • Esquizoide • Limitrofe • Hipomaniaco • Narcisismo maligno • Antisocial 	
--	--	--	---	--

Referencia

Gomberoff L. (1999). *Otto Kernberg, introducción a su obra*. Santiago: Mediterráneo.

Kernberg, O. F (1987) *Trastornos Graves de Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas*. México D.F.: Manual Moderno.

Aportes De Otto Kernberg Al Estudio Y Clasificación De Los Trastornos De Personalidad

Otto Kernberg es un autor nacido en Austria, formado como médico, psiquiatra y psicoanalista en Chile, y que ha desarrollado mucho de su pensamiento en Estados Unidos. Su variada formación, le ha permitido crear puentes entre la teoría pulsional clásica con el punto de vista de relaciones de objeto. Esto, con su idea de que si bien las pulsiones tienen una fundación hereditaria o genética, son determinadas en forma muy importante por las experiencias del niño con su madre y con otros objetos tempranos (Florenzano, 1999.)

Kernberg, en un intento por clasificar de manera amplia y precisa los trastornos de personalidad, desarrolla una clasificación que combina los criterios dimensional y categórico. Esto, en palabras simples, quiere decir que establece diferencias y similitudes en aspectos cualitativos y cuantitativos detectables en las organizaciones de personalidad a través de lo que llama "entrevista estructural". Para Kernberg, la aproximación psiquiátrica descriptiva tradicional no es lo suficientemente precisa cuando se aplica a los trastornos de la personalidad. En esta entrevista Kernberg evalúa los tres criterios diferenciales: Identidad del Yo, Juicio de realidad y Mecanismos de Defensa, para llegar a determinar la organización de personalidad, siendo los tres tipos principales: neurótica, limítrofe y psicótica.

En resumen, la entrevista estructural destaca las características estructurales de los tres tipos de organización de personalidad, centrándose en los síntomas, conflictos o dificultades que presenta el paciente, y en los modos particulares en los que refleja la interacción en el aquí y ahora con el entrevistador. Esta entrevista combina el examen tradicional del examen mental con una entrevista psicoanalítica que se centra en la interacción paciente – terapeuta, interpretación de los conflictos de identidad, mecanismos de defensa y distorsión de la realidad, que el paciente revela en esta interacción (Florenzano, 1999.)

En el siguiente trabajo, se pretende abordar de manera sintética estos conceptos, a fin de conocer un área en la que los psicólogos podemos hacer aportes, pero en la cual tenemos

deficiencias en la formación de pregrado: la evaluación psicopatológica. A continuación, trataré de exponer lo más claramente posible en qué consiste la entrevista estructural, y cómo se llega a determinar la configuración de personalidad de un paciente.

La clasificación de los trastornos de personalidad según Otto Kernberg.

Otto Kernberg propone una clasificación de los trastornos de personalidad combinando los criterios dimensional y categórico. Por un lado establece un criterio cuantitativo, ya que existen trastornos graves y otros menos graves; y dentro de esta clasificación dimensional, hay ciertos tipos de personalidad que se diferencian en un sentido cualitativo de otros; esto, por la idea de que la cantidad se transforma en calidad. Claro que también existen criterios puramente categóricos, de diferentes tipos de personalidad y con sus síndromes típicos (Gomberoff, 1999).

Con esta base, se propone una clasificación de los trastornos de personalidad en:

· **Menos graves, leves, o estructuras de personalidad de tipo neurótico.**

Entendiendo que esta estructura de personalidad neurótica es la estructura normal, habiendo entre ambas diferencias cuantitativas.

· **Estructura de personalidad de tipo limítrofe u organización limítrofe de la personalidad.**

Cubren un grupo de trastornos de personalidad graves que tienen en común ciertas estructuras intrapsíquicas, características similares en su desarrollo, en el tratamiento y en el pronóstico.

· **Trastornos de personalidad de tipo psicótico u organización psicótica de la personalidad.**

Que en la práctica coinciden con los trastornos psicóticos, y más que hablar de personalidad conviene hablar de psicosis.

Es importante mencionar que hay pacientes con estructura psicótica que no satisfacen el diagnóstico de psicosis clínica, y esto tiene importancia pronóstica y de tratamiento.

En general, en la Entrevista Estructural se comienza preguntando al paciente cuáles son sus síntomas, luego se le pregunta acerca de su funcionamiento en varios aspectos de su vida, para evaluar sus características de personalidad en todas las áreas. Por último, se evalúa Identidad, Juicio de Realidad y Mecanismos de Defensa.

Definición y evaluación de los criterios diferenciales para la clasificación:

1. **Identidad de Yo:** que representa en términos de relaciones de objeto, el nivel más alto de la organización de los procesos de internalización. Consiste en la presencia de un concepto integrado del *sí mismo*, del *Yo*, a través del tiempo y de situaciones diferentes, y al mismo tiempo un concepto integrado de personas significativas en su vida. La presencia de la Identidad del Yo es típica de la organización de tipo Neurótico.

Ausencia se encuentra en la estructura Limítrofe y en la Psicótica.

2. ¿Cómo se evalúa esto en la práctica?

(Esto sólo puede hacerse con pacientes que clínicamente no estén psicóticos ni orgánicos). En general, se le pide al paciente que se describa a sí mismo en pocas palabras, y que mencione cuáles son las cosas más importantes que lo diferencian de otras personas. Esto da una información muy importante, ya que hay personas que pueden dar una descripción significativa, con la cual el entrevistador puede construir una imagen en forma inmediata, mientras que otras por más que hablen no permiten hacerse una imagen integrada de su personalidad, sino la sensación de caos completo. Todos somos distintos en la forma en que actuamos a través del tiempo, pero percibimos una continuidad interna en esto. El paciente limítrofe, siente como si hubiera sido personas distintas que se sucedieron a través del tiempo. Para evaluar ausencia o presencia de integración de conceptos de personas significativas en la vida del paciente, se le pide (luego de haber captado quiénes son) que describa la personalidad de ellos, de modo que uno pueda adquirir una noción clara de cómo son. Se encuentra que los pacientes limítrofes dan una definición superficial, que impiden ver a esas personas en profundidad. A veces describe personas contradictorias, pero sin percibir los aspectos contradictorios.

3. Juicio de realidad: consiste en la capacidad de diferenciar el *sí mismo*, el *yo*, de lo que no es uno mismo.

Diferenciar el origen intrapsíquico del externo de los estímulos; por ejemplo, diferenciar fantasía de percepción.

Mantener empatía con criterios de realidad socialmente aceptados en un cierto núcleo cultural.

¿Cómo se evalúa esto en la práctica?

A través de tres pasos, los que son:

a) Si tiene o ha tenido alucinaciones o ideas delirantes, lo que indicaría pérdida del juicio de realidad.

b) Si hay ausencia de alucinaciones, evaluar existencia de criterios sociales habituales de realidad; evaluar la conducta más extraña observada en el paciente y preguntarle acerca de ella, si no es capaz de entender el cuestionamiento ni de dar una explicación de la situación, indicaría pérdida del juicio de realidad.

c) Por último, si no se puede aclarar en los pasos anteriores, lo que es muy raro, se diagnostican mecanismos de defensa primitivos en la interacción y se interpretan.

3. Predominio de mecanismos de defensa primitivos sobre tipos avanzados.

En las estructuras neuróticas el mecanismo típico es la *represión*, y están también la proyección, proyección avanzada, intelectualización, racionalización, negación avanzada y formaciones reactivas. Son los mecanismos avanzados. Por otro lado, el mecanismo más primitivo es la escisión o disociación primitiva, el que aparece junto a la identificación proyectiva o proyección primitiva, idealización primitiva, omnipotencia, devaluación y negación primitiva. Estos tipos de mecanismos avanzados se diferencian bien porque no se ven en la interacción con el terapeuta, se ven de forma indirecta, en cambio los mecanismos primitivos tienden a afectar inmediatamente la relación interpersonal, y si predominan claramente, se producen trastornos o regresiones transferenciales y contra-transferenciales.

En resumen, la diferenciación de las patologías del carácter sería:

	Estructura Neurótica	Estructura Límitrofe	Estructura Psicótica
Identidad del Yo	Presente	Ausente	Ausente
Juicio de Realidad	Mantenido	Mantenido	Perdido
Defensas	avanzadas	Primitivas	Primitivas

Actividad Práctica: estudio de caso clínico.

Los datos del siguiente caso clínico fueron facilitados por un estudiante de Post – título en Psicoterapias Dinámicas, que actualmente está siendo supervisado en un caso que describiré y analizaré a continuación. Por razones éticas, los datos de la paciente me fueron dados alterados, no influyendo esto en el análisis que realizaré. Estos datos fueron entregados en documentos escritos y en una grabación de la sesión.

El objetivo de la siguiente actividad es aplicar los conocimientos adquiridos en un caso real, y utilizar los conceptos aprendidos en el análisis de éste.

Caso clínico.

Se trata de una joven de 25 años, que llamaré Carolina, quien trabaja como cajera en un supermercado de la ciudad de Concepción. Actualmente vive sola, y no tiene pareja.

Carolina consultó por primera vez en diciembre de 1999 a instancias de su familia, ya que tuvo varios problemas, entre ellos, un shock nervioso que se originó luego que rompiera vidrios de la casa de su pololo, una noche en que bajo la influencia del alcohol, fue a pedirle que volviera y él se negó. Ella pololeaba con Francisco desde los 18 años, y en su relación existía violencia principalmente por parte de ella. Dice que nunca ha sido muy controlada, y que además es mentirosa.

Cuenta que estuvo tomando unas pastillas que le dio una amiga en las semanas posteriores al suceso de los vidrios. Como motivo de consulta expresó necesitar ayuda, diciendo: “estoy súper confundida, soy súper agresiva, todo lo consigo con violencia”. Cuenta que delante de

Francisco no tomaba, que ella toma mucho pero nunca lo ha aceptado. En este punto dice: "me tienen metida en la cabeza que esto del alcohol es un problema". También dice: "nada me llama la atención, puedo estar todo el día acostada, encerrada, y no quiero hacer nada", "ni yo me entiendo". Cuenta que sola se siente angustiada, piensa que le gustaría tener una familia. También dice que a veces come y se fuerza a vomitarlo.

Carolina cuenta que Francisco la cuidaba, pero que ella lo trataba mal, que estaba acostumbrada a tratarlo mal, y que él no hacía nada, "era como un monigote". Dice que sin él, siente como que le falta algo que era de ella. Sabe que no van a volver, pero dice necesitar la esperanza de que ocurra. Cuenta que hasta el 95' carreteaba mucho, tomaba drogas, cocaína y marihuana. Dice: "con Francisco no hacía nada, me regeneré", "lo hacía igual, pero no delante de él". Cuando describe a Francisco, dice que es una persona súper tranquila, que no tiene vicios, cree en dios y diezma todos los meses.

Cuenta que vivió con los abuelos hasta los 7 años, y que ellos se separaron, "este caballero, llegaba violento, curado", "ella es un pan de dios". Después en un momento dijo que su abuela era un estropajo, porque dejaba que el abuelo le hiciera muchas cosas. Cuenta que ella se puso rebelde cuando se fue a vivir con la mamá, porque ella no la dejaba salir, y que ella llegaba a las siete de la mañana aunque le pegara su mamá. Cuenta que una vez le pegó a la mamá y que sintió un poco de placer. También cuenta que el abuelo la amarraba a un árbol cuando chica, y cuando el terapeuta le pregunta que siente respecto a eso dice que nada: "parece que no me tiene marcada". Además cuenta, "siempre me encierro a llorar, pero no sé por qué". Dice que le cuesta mucho sentir: "no sé qué es querer". Dice que le gustaría saber cuál es esa pena tan grande, que a veces llora toda la noche y no sabe por qué. "La falta de cariño no me afecta tanto", "¿para qué sentir rabia por eso?", "lo que si me afecta es la humillación", "yo quiero actuar, no quiero pensar".