

# *I. Consideraciones Diagnósticas*

# 1

## Diagnóstico estructural

Uno de los problemas que invaden el campo de la psiquiatría ha sido el del diagnóstico diferencial, en especial cuando existe la posibilidad de una patología de carácter límite (borderline). Los estados límite deben diferenciarse, por una parte, de las neurosis y de la patología del carácter neurótico y, por otra, de las psicosis, particularmente la esquizofrenia y los trastornos afectivos más importantes.

La aproximación descriptiva al diagnóstico, que se centra en los síntomas y en la conducta observable, y la genética, que enfatiza el trastorno mental en los parientes biológicos del paciente, son valiosas, especialmente en los trastornos afectivos importantes y en la esquizofrenia, pero, ya sea que se usen por separado o juntas, ninguna ha probado ser suficientemente precisa cuando se aplica a trastornos de la personalidad.

Creo que un entendimiento de las características estructurales intrapsíquicas de los pacientes con una organización de personalidad límite junto con criterios originados en el diagnóstico descriptivo, pueden resultar en una mejoría amplia de la precisión del diagnóstico.

Aunque un diagnóstico estructural es más difícil de llevar a cabo, requiere más práctica y experiencia por parte del clínico, y presenta ciertas dificultades metodológicas, tiene ventajas definitivas, especialmente con pacientes que no encajan con facilidad en alguna de las principales categorías de enfermedades psicóticas o neuróticas.

Un enfoque descriptivo con pacientes límite puede ser engañoso. Por ejemplo, varios autores (Grinker y cols. 1968; Gunderson y Kolb, 1978) describieron las emociones intensas, particularmente la ira, depresión o ambas, como características de estos pacientes. Sin embargo, los pacientes con personalidades esquizoides típicas y organización de personalidad límite quizá no presenten ira o depresión en absoluto. Lo mismo vale para algunas personalidades narcisistas que tienen una típica organización de personali-

dad límite subyacente. La conducta impulsiva ha sido también descrita como una característica común de pacientes límite, pero muchos pacientes histéricos típicos con una estructura neurótica también muestran una conducta impulsiva. Clínicamente, por tanto, un enfoque descriptivo solo queda corto para algunos casos límite. Estas limitaciones también se aplican a los esfuerzos por llegar a un diagnóstico usando un enfoque puramente genético. El estudio de las posibles relaciones genéticas de trastornos graves de la personalidad con el espectro esquizofrénico y con los trastornos emocionales principales está todavía en una etapa inicial, y quizá nos esperen hallazgos importantes en esta área. En la actualidad, sin embargo, la historia genética generalmente tiene muy poco que contribuir al problema clínico de la diferenciación de la sintomatología neurótica, límite y psicótica. Es posible que un enfoque estructural contribuya a hacer entender la relación de la predisposición genética con la sintomatología expresa.

Un enfoque de este tipo puede tener la ventaja adicional de atraer más la atención sobre la relación entre los diversos síntomas **de los** trastornos límite en forma particular las constelaciones de rasgos patológicos del carácter que uno encuentra típicamente en este grupo. Como he señalado en trabajos previos (1975, 1976), las características estructurales de la organización límite de la personalidad tienen importantes implicaciones pronosticas y terapéuticas. La calidad de las relaciones objétales y el grado de integración del superyó son criterios de pronóstico importantes para la psicoterapia intensiva de los pacientes límite. La naturaleza de las transferencias primitivas que estos pacientes desarrollan en la terapia psicoanalítica y la técnica para manejarlas se originan directamente en las características estructurales de sus relaciones objétales interiorizadas. En un estudio anterior (Kernberg y cols. 1972), encontramos que los pacientes no psicóticos con debilidad del yo respondían bien a la modalidades expresivas de la psicoterapia, pero mal al psicoanálisis no modificado y a la psicoterapia de apoyo..

En resumen, la añadidura del enfoque estructural enriquece el diagnóstico psiquiátrico, particularmente en casos que se resisten a una clasificación fácil, y contribuye también a la determinación del pronóstico y tratamiento.

## **ESTRUCTURAS MENTALES Y ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD**

El concepto psicoanalítico de estructura mental formulado primeramente por Freud en 1923, se ha referido a la división propuesta de la psique en yo, superyó y ello (id). Dentro de la psicología psicoanalítica del yo, el análisis estructural se ha referido al punto de vista (Hartmann y cols. 1946; Rapaport y Gill, 1959) de que el yo puede ser conceptualizado como (1) "estructuras" lentamente cambiantes, o configuraciones, que determinan la canalización de los procesos mentales, (2) los procesos o "funciones" mentales en sí, y (3) los "umbrales" de activación de estas funciones y configuraciones. Las estructuras, según este concepto, son configuraciones relativamente estables de los procesos mentales; superyó, yo e id son estructuras que dinámicamente integran subestructuras, como las configuraciones cognoscitivas y

defensivas del yo. En forma reciente he usado el término "análisis estructural" para describir la relación entre las derivaciones estructurales de las relaciones objetales interiorizadas (Kernberg, 1976) y los diversos niveles de organización del funcionamiento mental. Desde mi punto de vista, las relaciones objetales interiorizadas constituyen subestructurales del yo, que son, a su vez, organizadas jerárquicamente (ver capítulo 14).

Por último, en el pensamiento psicoanalítico reciente, el análisis estructural también se refiere al análisis de la organización permanente del contenido de conflictos inconscientes, particularmente el complejo de Edipo como un rasgo organizacional de la mente con una historia de desarrollo, que está dinámicamente organizado en el sentido de que es más que la suma de sus partes, e incorpora experiencias tempranas y organizaciones del impulso en fases específicas a una nueva organización (Panel, 1977). Esta última concepción de las estructuras mentales se relaciona con el enfoque de las relaciones objetales respecto a la estructuralización de estas mismas interiorizadas: los contenidos mentales predominantes, como el complejo de Edipo, reflejan una organización de las relaciones objetales interiorizadas. Ambos puntos de vista recientes implican secuencias motivacionales organizadas en forma jerárquica en contraste con un desarrollo puramente lineal y una secuencia de organizaciones jerárquicas discontinuas, más que una organización genética simple (en un sentido psicoanalítico).

He aplicado todos estos conceptos estructurales al análisis de las estructuras intrapsíquicas predominantes y conflictos del instinto de los pacientes límite. Propongo la existencia de tres organizaciones estructurales amplias correspondientes a la organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad. En cada caso la organización estructural desarrolla la función de estabilizar el aparato mental, mediando entre los factores etiológicos y las manifestaciones conductuales directas de la enfermedad. Sin considerar los factores genéticos, de constitución, bioquímicos, familiares, psicodinámicos o psicosociales que contribuyen a la etiología de la enfermedad, los efectos de todos ellos, se reflejan con el tiempo, en la estructura psíquica del individuo, la cual se vuelve entonces la matriz subyacente de la que se desarrollan los síntomas de la conducta.

Estos tipos de organización neurótica, límite y psicótica se reflejan en las características predominantes del paciente, particularmente respecto a (1) su grado de integración de la identidad, (2) los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea, y (3) su capacidad para la prueba de realidad. Propongo que la estructura de la personalidad neurótica, en contraste con las estructuras límite y psicóticas, implica una identidad integrada. La estructura neurótica de la personalidad presenta una organización defensiva que se centra en la represión y otras operaciones defensivas avanzadas o de alto nivel. En contraste, las estructuras límite y psicóticas se encuentran en pacientes que muestran una predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de escisión. La prueba de realidad se conserva en la organización neurótica o límite pero está gravemente deteriorada en la psicótica. Estos criterios estructurales pueden complementar las descripciones ordinarias de conducta o fenomenológicas de los pacientes y aumentar la precisión del diagnóstico diferencial de la enfermedad mental, en especial en casos difíciles de clasificar.

Criterios estructurales adicionales útiles para diferenciar la organización límite de la personalidad de las neurosis, incluyen la presencia o ausencia de manifestaciones no específicas de debilidad del yo, particularmente tolerancia a la ansiedad, control de impulsos, la capacidad de sublimación; y —para fines de un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia— la presencia o ausencia en la situación clínica del proceso de pensamiento primario. Porque las manifestaciones no específicas de debilidad del yo, son clínicamente menos esenciales para la diferenciación de estados límite y neuróticos, y porque pueden ser muy útiles las pruebas psicológicas más que las entrevistas clínicas para la diferenciación del funcionamiento cognoscitivo psicótico y límite, no se examinan aquí en detalle estos criterios. El grado y calidad de integración del superyó son características estructurales adicionales importantes en cuanto al pronóstico para diferenciar la organización neurótica y límite.\*

## LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL COMO MÉTODO DIAGNOSTICO

La entrevista psiquiátrica tradicional tuvo como modelo la entrevista médica general, adaptada en su mayor parte para pacientes orgánicos y psicóticos (Gilí y cois. 1954). Bajo la influencia de la teoría y práctica psicoanalíticas, el énfasis giró en forma gradual hacia la interacción paciente-entrevistador. Se reemplazó una secuencia más o menos estándar de preguntas con una evaluación más flexible de los problemas predominantes, centrada en la comprensión del paciente de sus conflictos, y ligando el estudio de la personalidad del paciente con el de su conducta en la entrevista. El estudio de casos de Menninger (1952), es un buen ejemplo de este enfoque.

Whitehorn (1944), Powdermaker (1948), Fromm-Reichmann (1950), y particularmente Sullivan (1954), son en gran parte responsables de una entrevista psiquiátrica modificada que se concentra en la interacción paciente-terapeuta como una principal fuente de información. Gilí y cois. (1954), diseñaron un nuevo modelo de entrevista psiquiátrica que subraya una valoración amplia del paciente y un reforzamiento de su deseo de ayuda. La naturaleza del trastorno, la motivación y capacidad para la psicoterapia pueden evaluarse en la interacción corriente con el entrevistador. Este enfoque de la entrevista establece un lazo inmediato entre la psicopatología del paciente y la indicación para tratamiento psicoterapéutico. También se centra en las resistencias que probablemente se convertirán en tema importante en las primeras etapas del tratamiento. Sin embargo, pueden pasar por alto ciertos aspectos de la psicopatología del paciente, porque los elementos de apoyo inherentes a este enfoque tienden a resaltar sus valores positivos.

Deutsch (1949), recomendó un método psicoanalítico para entrevistar, que revelaría las conexiones inconscientes entre los problemas actuales y el pasado del paciente. A partir de antecedentes teóricos diferentes, Rogers (1951), propuso un estilo de entrevista que alienta al paciente a explorar

\* Para una revisión de la literatura sobre descripción y características estructurales del límite de la personalidad, ver Kernberg, 1975.

sus experiencias emocionales y las conexiones entre ellas. Estos enfoques no estructurados tienen la desventaja de minimizar los datos objetivos y no exploran la psicopatología y los valores positivos del paciente en una forma sistemática.

MacKinnon y Michels (1971), describen una evaluación psicoanalítica que subraya la interacción paciente-entrevistador. Las manifestaciones clínicas de los patrones del carácter que el paciente demuestra en la entrevista se utilizan para fines diagnósticos. Este enfoque rinde una sofisticada información descriptiva dentro de un marco psicoanalítico.

Las entrevistas clínicas que he descrito se han vuelto herramientas cruciales al evaluar rasgos descriptivos y dinámicos, pero no permiten, según mi parecer, obtener los criterios estructurales que diferencian la organización límite de la personalidad. Bellak y cols. (1973), desarrollaron una entrevista clínica estructurada en un intento por lograr un diagnóstico diferencial entre sujetos normales, pacientes neuróticos y esquizofrénicos sobre la base de un modelo estructural de funcionamiento del yo. Aunque su estudio no buscaba diferenciar a los pacientes límite, estos autores encontraron diferencias notables entre los tres grupos en escalas de calificación que evaluaban estructuras y funciones del yo. Su estudio ilustra la utilidad de un enfoque estructural para el diagnóstico diferencial.

En colaboración con S. Bauer, R. Blumenthal, A. Carr, E. Goldstein, H. Hunt, L. Pessar, y M. Stone, he desarrollado lo que Blumenthal (comunicación personal) ha sugerido se llame una "entrevista estructural" para destacar las características estructurales de los tres principales tipos de organización de la personalidad. Esta, se centra en los síntomas, conflictos o dificultades que presenta el paciente, y los modos particulares en que los refleja en la interacción de aquí-y-ahora con el entrevistador.

Asumimos que la concentración del entrevistador sobre los principales conflictos del paciente creará suficiente tensión, de modo que surja la organización "estructural" y defensiva del funcionamiento mental del paciente. Al destacar estas operaciones defensivas en la entrevista, obtenemos datos que nos permiten clasificarlo en una de las tres estructuras de personalidad con base en el grado de integración de identidad (la integración del sí mismo y las representaciones objétales), en el tipo de operaciones defensivas predominantes, y la capacidad de prueba de realidad. Para activar y diagnosticar estas características estructurales, hemos desarrollado una entrevista que combina el examen tradicional del estado mental, con una entrevista orientada psicoanalíticamente que se centra en la interacción paciente-terapeuta y en la clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos de identidad, mecanismos defensivos y distorsión de la realidad, que el paciente revela en esta interacción, particularmente al expresar estos elementos identificables de la transferencia.

Antes de describir propiamente la entrevista, pueden ser útiles unas cuantas definiciones:

La *clarificación* se refiere a la exploración, con el paciente, de todos los elementos de la información que él ha proporcionado, que son vagos, poco claros, desconcertantes, contradictorios o incompletos. La clarificación es el primer paso cognoscitivo en el que lo que el paciente dice se discute en

una forma no cuestionadora para traer a flote todas sus implicaciones y descubrir el grado de su entendimiento o confusión respecto a lo que permanece poco claro, La clarificación pretende evocar material consciente y pre-consciente sin imponer un reto al paciente. Al final es él mismo quien nos clarifica su conducta y experiencia intrapsíquica, guiándonos así a los límites presentes de su autoconocimiento consciente y pre-consciente.

La *confrontación*, el segundo paso en el proceso de la entrevista, presenta al paciente las áreas de información que parecen contradictorias o incongruentes. La confrontación significa señalarle al paciente aquellos aspectos de la interacción que parecen indicar la presencia de un funcionamiento conflictivo y, por implicación, la presencia de operaciones defensivas, representaciones contradictorias del sí mismo y de los objetos, y una reducida conciencia de realidad. Primero, se llama la atención del paciente hacia algo en la interacción de lo cual él no ha estado consciente o lo ha tomado como natural, y que el entrevistador percibe como inapropiado, contradictorio con otros aspectos de la información o confuso. La confrontación requiere conjuntar el material consciente y pre-consciente que el paciente presentó por separado. El entrevistador también propone la cuestión del posible significado de esta conducta para el funcionamiento actual del paciente. De este modo, se explora la capacidad del paciente para mirar las cosas en forma diferente sin mayor regresión, las relaciones internas entre los diversos temas conjuntados, y particularmente la integración del concepto de sí mismo y los demás. También se destacan el aumento o disminución en la conciencia de realidad, que se refleja en la respuesta del paciente a la confrontación y su empatía con el entrevistador como un reflejo de conciencia social y prueba de realidad. Por último, el entrevistador relaciona aspectos del aquí-y-ahora de la interacción con problemas similares en otras áreas, y así establece una conexión entre aspectos descriptivos y quejas y rasgos estructurales de la personalidad. La confrontación, así definida, requiere tacto y paciencia; no es una forma agresiva de inmiscuirse en la mente del paciente ni una maniobra para polarizar la relación con él.

La *interpretación*, en contraste con la confrontación, establece lazos entre el material consciente y pre-consciente y las funciones o motivaciones inconscientes del aquí-y-ahora asumidas o bajo hipótesis. Explora los orígenes conflictivos de estados de disociación del yo (representaciones del sí mismo dividido y de los objetos), la naturaleza y motivos para las operaciones defensivas activadas, y el abandono defensivo de la prueba de realidad. En otras palabras, la interpretación se centra en las ansiedades subyacentes y en los conflictos activados. La confrontación conjunta y reorganiza lo que se ha observado; la interpretación añade al material una dimensión hipotética de causalidad y profundidad. El entrevistador, por tanto, conecta las funciones actuales de una conducta específica con las ansiedades subyacentes, los motivos y conflictos del paciente, lo cual clarifica las dificultades generales más allá de la interacción en curso. Por ejemplo, señalar a un paciente que su conducta parece manifestar sospecha y explorar la conciencia que tiene de este patrón, es una confrontación; sugerir que la suspicacia del paciente, o su temor, se deben al hecho de que atribuye al entrevistador algo "malo" de lo que él está tratando de deshacerse dentro de sí mismo (de lo cual el paciente no ha estado consciente antes), es una interpretación.

La *transferencia* significa la presencia, en la interacción diagnóstica, de una conducta inapropiada que refleja la reconstrucción de relaciones patogénicas y conflictivas con los demás significantes en el pasado del paciente. Las reacciones transferenciales facilitan el contexto para interpretaciones que ligan el malestar del aquí-y-ahora con las experiencias del paciente en el allá-y-entonces. Señalar al paciente que está actuando de un modo suspicaz y controlador hacia el diagnosticador, es una confrontación. Señalarle que puede estar viendo al entrevistador como alguien controlador, estricto y rudo, y sospechoso —y por tanto puede sentir que tiene que estar en guardia a causa de su propia lucha con tales tendencias dentro de él mismo— es una interpretación. Señalarle que está forcejeando con el entrevistador, que representa un "enemigo" interno con tales características, porque él experimentó una interacción similar en el pasado con una figura paternal, es una interpretación de la transferencia.

En resumen, la *clarificación* es un medio cognoscitivo, no retador, para explorar los límites de la conciencia de cierto material por parte del paciente. La *confrontación* intenta hacer consciente al paciente de aspectos potencialmente conflictivos e incongruentes de dicho material. La *interpretación* trata de resolver la naturaleza conflictiva del material, al asumir motivos y defensas inconscientes subyacentes que hacen que parezca lógico lo que era contradictorio. La *interpretación de la transferencia* aplica todas estas modalidades de técnica a la interacción en curso entre el paciente y diagnosticador.

Ya que las entrevistas estructurales se centran en la confrontación e interpretación de defensas, conflictos de identidad, prueba de realidad o distorsiones de las relaciones objétales interiorizadas, y en los conflictos cognoscitivos y afectivos, por lo mismo, someten al paciente a un cierto grado de estrés. En vez de tranquilizarlo y reducir su "defensividad" al tolerarla o pasarla por alto, el entrevistador trata de hacer aflorar la patología en la organización de funciones del yo del paciente para obtener información relativa a la organización estructural de la enfermedad. El enfoque que describo no es, sin embargo, de ningún modo una entrevista tradicional de "estrés" que pretende inducir ansiedad o conflictos artificiales en el paciente. Por el contrario, la clarificación de la realidad requerida en la gran confrontación inicial requiere tacto y refleja respeto e interés por la realidad emocional del paciente, un compromiso honesto en contraste con lo que a veces puede ser una tolerancia indiferente o "superior", de lo inapropiado. La técnica de la entrevista estructural se describe en el capítulo 2; se resumen a continuación, las características clínicas de la organización límite de la personalidad que surgen durante la entrevista estructural.

## CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LA ORGANIZACIÓN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

### Síntomas descriptivos como "presunta" evidencia

Los síntomas y rasgos patológicos del carácter del paciente no son criterios estructurales, pero sí guían la atención del clínico hacia los criterios estruc-

turales de la organización límite de la personalidad. De modo similar, la presencia de "presuntos" síntomas de naturaleza psicótica que no parecen justificar o corresponder a un diagnóstico bien definido de un trastorno afectivo importante (enfermedad maniaco-depresiva), esquizofrenia o un síndrome cerebral orgánico agudo o crónico, podrían sugerir al clínico que explorara los criterios estructurales para una organización límite de la personalidad. Los síntomas descriptivos de los pacientes límite son similares a los presentados en las neurosis sintomáticas ordinarias y de patología del carácter, pero la combinación de ciertos rasgos es peculiar en los casos límite. Los siguientes síntomas son particularmente importantes (Kernberg, 1975).

1. *Ansiedad*: Los pacientes límite presentan ansiedad crónica, difusa y libre y flotante.
2. *Neurosis polisintomática*: Muchos pacientes presentan varios síntomas neuróticos, pero aquí sólo considero aquellos que tienden a presentar dos o más de los siguientes:
  - a. Fobias múltiples, en especial aquellas que imponen restricciones graves a la vida diaria del paciente.
  - b. Síntomas obsesivo-compulsivos que han adquirido sintonicidad secundaria del yo y por lo tanto una calidad de pensamiento y acción "sobreevaluados".
  - c. Síntomas múltiples de conversión, elaborados o raros, especialmente si son crónicos.
  - d. Reacciones disociativas, en especial "estados de ensoñación" histéricos y fugas, y amnesia acompañada de trastornos de conciencia,
  - e. Hipocondriasis.
  - f. Tendencias paranoides e hipocondriacas con cualquier otra neurosis sintomática (una combinación típica que indica un "presunto" diagnóstico de organización límite de la personalidad).
3. *Tendencias sexuales perversas polimorfas*: Me refiero aquí a pacientes que presentan una desviación sexual manifiesta dentro de la cual coexisten varias tendencias perversas. En tanto más caóticas y múltiples las fantasías y acciones perversas, y más inestables las relaciones objétales conectadas con estas interacciones, tanto más debiera considerarse la presencia de una organización límite de la personalidad. Las formas bizarras de perversión, en especial aquellas que manifiestan agresión primitiva o substitución primitiva de los fines genitales con fines eliminatorios (orina, defecación), son también indicadores de una organización límite de la personalidad subyacente.
4. *Estructuras de personalidad prepsicótica "clásicas"*: Incluyen:
  - a. Personalidad paranoide (tendencias paranoides de tal intensidad que determinan el diagnóstico descriptivo principal).
  - b. Personalidad esquizoide.
  - c. Personalidad hipomaniaca y personalidad ciclotímica con fuertes tendencias hipomaniacas.
5. *Neurosis y adicciones por impulso*: Me refiero aquí a aquellas formas de patología grave del carácter en las que la erupción repetitiva cróni-

ca de un impulso gratifica necesidades instintivas en una forma que es egodistónica aparte de los episodios "empujados por el impulso", pero es egosintónica y en realidad muy agradable durante el episodio mismo. El alcoholismo, drogadicción, ciertas formas de obesidad psicogénica y la cleptomanía son ejemplos típicos.

6. *Trastornos del carácter de "menor nivel"*: Aquí se incluye la patología grave del carácter típicamente representada por el, caótico e impulsivo, en contraste con los tipos clásicos de reacción-formación de estructura del mismo y los caracteres más apacibles tipo "evitación". Desde un punto de vista clínico, la personalidad histérica típica no tiene estructuras límite; lo mismo es cierto para las estructuras de la mayoría de las personalidades obsesivo-compulsivas y la "personalidad depresiva" (Laughlin, 1967), o las personalidades masoquistas mejor integradas. En contraste, muchas personalidades infantil y narcisistas típicas presentan una organización límite subyacente; las personalidades "como si" también pertenecen al último grupo. Todas las estructuras de personalidad antisocial definidas que he examinado presentan una organización típica de personalidad límite.

Todos estos síntomas y rasgos del carácter patológicos dominantes, pueden obtenerse con la investigación inicial de los síntomas que traen al paciente a tratamiento. La investigación abarca las características de la vida social e interpersonal del paciente respecto a su trabajo y familia; sus relaciones sexuales y maritales-, sus interacciones con amigos, conocidos y parientes cercanos; y sus interacciones en las áreas de recreación, cultura, política, religión y otros intereses comunitarios interpersonales. Es, por lo tanto, una información inicial importante una historia que comprenda la sintomatología y peculiaridades de las interacciones interpersonales, con todos los pacientes en quienes ha de evaluarse el diagnóstico de la organización límite de la personalidad.

### **Carencia de una identidad integrada: El síndrome de difusión de identidad**

Clínicamente, la difusión de identidad se representa por un concepto pobremente integrado del sí mismo y de otros significantes. Se refleja en la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conducta contradictoria que no puede integrarse en una forma emocionalmente significativa, y percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás. En cuanto a diagnóstico, la difusión de identidad aparece en la incapacidad del paciente para transmitir a un entrevistador interacciones significativas con otros, no pudiendo éste empatizar emocionalmente con la concepción del paciente respecto de sí mismo y de otros en tales interacciones.

Teóricamente, las siguientes suposiciones subyacen bajo esta falta de integración del sí mismo y del concepto de los otros significantes (Kernberg, 1975): (1) En la organización límite de la personalidad hay suficiente diferenciación de las representaciones del sí mismo y de las representaciones de objetos para permitir el mantenimiento de las fronteras del yo (o sea, una

clara delimitación entre el sí mismo y los otros). En las estructuras psicóticas, en contraste, está presente una refusión regresiva o falta de diferenciación entre las representaciones del sí mismo y de los objetos. (2) En contraste con las estructuras neuróticas, en donde todas las imágenes del sí mismo ("buenas" y "malas") han sido integradas en un sí mismo comprensivo, y donde las imágenes "buenas" y "malas" de los otros pueden integrarse en conceptos comprensivos de los demás, en la organización límite de la personalidad, dicha integración falla, y tanto las representaciones del sí mismo como de los objetos permanecen como representaciones afectivo-cognoscitivas del sí mismo y de los otros, múltiples y contradictorias. (3) Esta falta de integración de los aspectos "bueno" y "malo" de la realidad del sí mismo y de los demás se debe presumiblemente a la predominancia de una agresión grave temprana activada en estos pacientes. La disociación de las representaciones "buenas" o "malas" del sí mismo y de los objetos, en efecto protege al amor y la bondad de la contaminación por el odio y la maldad predominantes.

En la entrevista estructural, la difusión de la identidad se refleja en una historia enormemente contradictoria, o en una alternación entre estados emocionales que implican tal comportamiento contradictorio, y la percepción contradictoria del sí mismo, de modo que el entrevistador encuentra muy difícil ver al paciente como un ser humano "total". En tanto que en la patología grave del carácter neurótico la conducta interpersonal contradictoria puede reflejar la visión patológica pero integrada del paciente respecto de sí mismo y de los demás significantes, en la organización límite de la personalidad lo que no está integrado es la visión interna del sí mismo y de los demás.

Por ejemplo, una paciente neurótica con una estructura de personalidad predominantemente histérica dijo en la entrevista que quería ayuda para sus dificultades sexuales, pero estaba muy renuente a discutir las. Confrontada con esta contradicción, ella explicó que sentía que los entrevistadores masculinos gozarían con el efecto humillante que tendría para una mujer hablar de sus dificultades sexuales, que podrían excitarse sexualmente a la vez que gozarían menospreciándola como sexualmente inferior. Este concepto de los hombres y de la naturaleza humillante de las experiencias sexuales y su revelación eran parte de un concepto integrado —aunque patológico— de sí misma y de los demás.

En contraste, una paciente con una estructura infantil de carácter predominante y una organización límite de personalidad, explicó lo disgustada que estaba con los hombres pues sólo tenían intenciones de usar a las mujeres como objetos sexuales, cómo tuvo que escapar de las acometidas sexuales de un jefe anterior, y cómo evitaba los contactos sociales a causa de los abordajes sexuales de los hombres en busca de presa. Pero también dijo que había trabajado algún tiempo como "conejita" en un club de "Playboy", y estaba muy sorprendida cuando el entrevistador la confrontó con la contradicción entre sus afirmaciones y su selección de empleo.

La difusión de identidad también se refleja en las descripciones de las personas significativas en la vida del paciente, y que no permiten al entrevistador "integrarlas" para obtener una imagen clara de ellas. La descripción

de los otros significantes es a menudo tan burdamente contradictoria que más parecen caricaturas que gente real. Una mujer que vivía en un "ménage á trois" no pudo describir las características del hombre y de la mujer con quienes vivía, ni las relaciones sexuales o humanas entre ellos, y particularmente con ella. Otra paciente límite con una estructura de personalidad masoquista, describió a su madre en algunos momentos de la entrevista como cálida, simpática, sensible y alerta a las necesidades de la paciente; pero también como fría, indiferente, insensible, encerrada en sí misma y evasiva. Los esfuerzos por aclarar estas contradicciones aparentes condujeron primero a un aumento de ansiedad en la paciente. Más adelante, ella sintió que estaba siendo atacada por el entrevistador, y criticada por tener imágenes contradictorias de su madre, e implícitamente, por albergar "malos" sentimientos hacia ella. La interpretación de la proyección de sus propios sentimientos de culpa sobre el entrevistador, redujo su ansiedad pero dejó a la paciente con la dolorosa experiencia de una percepción caótica de su madre. Un paciente puede, por supuesto, describir a alguien que sea verdaderamente caótico, así que uno tiene que distinguir entre una narración caótica de otra persona y una declaración precisa de alguien que es de hecho crónicamente contradictorio. Esto, en la práctica, es más fácil de lo que pudiera parecer.

La entrevista estructural a menudo nos permite explorar las percepciones del paciente respecto al entrevistador, y la dificultad del paciente para empatizar con los esfuerzos de aquél para integrar lo que percibe como las percepciones del paciente sobre él. En suma, la entrevista estructural constituye una situación experimental en la que puede explorarse y someter a prueba el grado de integración del sí mismo y de la percepción de los objetos.

Una sólida identidad del yo refleja una estructura neurótica de personalidad en un paciente con una prueba de realidad intacta. En pacientes maniaco depresivos y esquizofrénicos puede aparecer en algunos sistemas ilusorios crónicos, una identidad anormal patológicamente integrada. Estructuralmente hablando, la integración y la congruencia con la realidad son las que diferencian la organización neurótica de la personalidad y la psicótica.

Un tema estructural íntimamente relacionado tiene que ver con la calidad de las relaciones objétales: la estabilidad y profundidad de las relaciones del paciente con los otros significantes según se manifiestan por la calidez, dedicación, interés y tacto. Otros aspectos cualitativos son la empatía, entendimiento, y la capacidad para mantener una relación cuando es invadida por el conflicto o la frustración. La calidad de las relaciones objétales es en gran parte dependiente de la integración de la identidad, lo cual incluye no sólo el grado de integración sino también la continuidad temporal del concepto del paciente sobre sí mismo y los demás. Normalmente, nuestra experiencia de nosotros mismos es consistente a través del tiempo bajo circunstancias variantes y con personas diferentes, y experimentamos conflicto cuando surgen contradicciones en nuestro autoconcepto. Lo mismo se aplica a nuestra experiencia de los demás, Pero en la organización límite de la personalidad, esta continuidad temporal se pierde; tales pacientes tienen poca capacidad para una evaluación realista de los demás. Las relaciones a largo

plazo de los pacientes límite con los demás se caracterizan por una percepción crecientemente distorsionada de las mismas. Fracasa para lograr una empatía real; sus relaciones con los demás son caóticas o huecas; y las relaciones íntimas están por lo general contaminadas por su típica condensación de los conflictos genitales y pregenitales.

La calidad de las relaciones objétales del paciente puede aparecer en esta interacción con el entrevistador. Aunque breves, estas interacciones en el diagnóstico a menudo permiten la diferenciación del fomento gradual por la personalidad neurótica de una relación personal de tipo apropiado, junto a la relación persistentemente bloqueada, distorsionada, vacía, y caótica de la personalidad límite. En el caso de la organización psicótica de la personalidad donde la prueba de realidad se ha perdido, pueden darse distorsiones aún más graves de la relación paciente-diagnosticador. Es la combinación de tal distorsión dentro de una interacción en la que la prueba de realidad se mantiene, la que es tan característica de una organización límite de la personalidad. El giro frecuente de enfoque desde la interacción actual del paciente y entrevistador, hacia las dificultades del paciente en las interacciones con los demás significantes, brinda material adicional para la evaluación de la calidad de sus relaciones objétales.

### **Mecanismos de defensa primitivos**

Una diferencia más entre la estructura neurótica de la personalidad, por un lado, y las estructuras límite y psicótica, por el otro, es la naturaleza de la organización defensiva. En la neurótica como se mencionó, ésta se centra en la represión y otras operaciones defensivas de alto nivel. Las estructuras límite y psicótica, en contraste, se caracterizan por una predominancia de operaciones defensivas primitivas, en especial el mecanismo de escisión. La represión y los mecanismos relacionados de alto nivel como la formación reactiva, aislamiento, anulación, intelectualización y racionalización protegen al yo de los conflictos intrapsíquicos por medio del rechazo desde el yo consciente de una derivación del impulso, de su representación ideacional o de ambas. La escisión y otros mecanismos relacionados protegen al yo de conflictos mediante la disociación o manteniendo activamente aparte las experiencias contradictorias del sí mismo y de los demás significantes. Cuando predominan estos mecanismos, los estados contradictorios del yo son alternativamente activados. En tanto estos estados contradictorios del yo puedan mantenerse separados entre sí, se previene o controla la ansiedad relacionada con estos conflictos.

El mecanismo de disociación primitiva o escisión y los mecanismos asociados de idealización primitiva, tipos primitivos de proyección (particularmente identificación proyectiva), negación, omnipotencia y devaluación pueden obtenerse en la interacción clínica del paciente y el diagnosticador. Estas defensas protegen al paciente límite del conflicto intrapsíquico pero al costo de debilitar el funcionamiento de su yo, reduciendo por lo tanto su efectividad adaptativa y flexibilidad en la entrevista y generalmente en su vida. Estas mismas operaciones defensivas primitivas cuando se encuentran en la organización psicótica protegen al paciente de mayor desintegra-

ción de los límites entre el sí mismo y el objeto. El hecho de que las mismas operaciones defensivas puedan observarse en pacientes psicóticos y límite, y aún servir para diferentes funciones se ha demostrado clínicamente. La interpretación de la escisión y de otros mecanismos relacionados en la organización límite de la personalidad integra al yo y mejora el funcionamiento inmediato del paciente. Este aumento inmediato (si bien, sólo transitorio) de la adaptación social y de la prueba de realidad puede utilizarse para fines diagnósticos. En contraste, la interpretación de estas defensas para el paciente psicótico en la entrevista diagnóstica produce mayor regresión en su funcionamiento. De este modo, el que el paciente mejore de inmediato o se deteriore bajo el efecto de tal interpretación, contribuye en forma crucial a la diferenciación diagnóstica de la organización límite y de la psicótica.

**Escisión:** Probablemente la manifestación más clara de escisión es la división de los objetos externos en "completamente buenos" y "completamente malos", con posibilidad concomitante de cambios completos, abruptos, de un objeto desde un comportamiento extremo, al otro —o sea, virajes repentinos y completos de todos los sentimientos y concepciones sobre una persona particular. La oscilación repetitiva extrema entre conceptos contradictorios del sí mismo es otra manifestación del mecanismo de escisión. En la entrevista diagnóstica, los cambios repentinos en la percepción del entrevistador, en la del paciente de sí mismo o una separación completa de reacciones contradictorias al mismo tema pueden reflejar mecanismos de escisión en la interacción del aquí-y-ahora. También es indicativo del mecanismo de escisión, un aumento de ansiedad en el paciente cuando se le señalan aspectos contradictorios de su autoimagen o de sus representaciones objétales. Los intentos por clarificar, confrontar e interpretar estos aspectos contradictorios del sí mismo y de las representaciones objétales, activan el mecanismo de escisión en la interacción del aquí-y-ahora y reflejan sus funciones en relación a la prueba de realidad (aumento o disminución) y la rigidez de los rasgos del carácter que "fijan" la escisión en problemas estables.

**Idealización primitiva:** Este mecanismo complica la tendencia a ver los objetos externos como totalmente buenos o totalmente malos, al aumentar artificial y patológicamente su cualidad de "bondad" o "maldad". La idealización primitiva crea imágenes no realistas, poderosas y completamente buenas; esto puede reflejarse en la interacción con el diagnosticador al tratarlo como una figura ideal, omnipotente o endiosada, de quien el paciente depende en forma no realista. El entrevistador o alguna otra persona idealizada pueden ser vistos como un aliado potencial contra los objetos "completamente malos", igualmente poderosos (e igualmente no realistas).

**Formas tempranas de proyección, especialmente la identificación proyectiva:**

En contraste con los altos niveles de proyección, caracterizados por la atribución al otro por parte del paciente de un impulso que él ha reprimido en sí mismo, las formas primitivas de proyección, particularmente la identificación proyectiva, se caracterizan por (1) la tendencia a seguir experimentando el impulso que está siendo proyectado simultáneamente

sobre la otra persona, (2) temor a la otra persona bajo la influencia de ese impulso proyectado y (3) la necesidad de controlar a la otra persona bajo la influencia de este mecanismo. La identificación proyectiva implica, por lo tanto, aspectos interpersonales intrapsíquicos, y de conducta, en las interacciones del paciente, y esto puede reflejarse dramáticamente en la entrevista diagnóstica. El paciente puede acusar al entrevistador de una cierta, reacción hacia él, una reacción que el paciente está tratando de inducir en el entrevistador por medio de su propio comportamiento. Por ejemplo, un paciente acusó al entrevistador de ser sádico, en tanto que él mismo lo trataba en una forma fría, controladora, despectiva y suspicaz. La interpretación de esta operación defensiva en el aquí-y-ahora, a menudo permite en forma dramática la diferenciación de una personalidad paranoide (una constelación de personalidad límite típica) de una esquizofrenia paranoide.

**Negación:** La negación en los pacientes límite se ejemplifica en forma típica con la negación de dos áreas de conciencia emocionalmente independientes; podríamos decir que la negación aquí sólo refuerza la escisión. El paciente se da cuenta que sus percepciones, pensamientos y sentimientos sobre sí mismo u otras personas, en un momento u otro, son opuestos por completo a los que él había tenido otras veces, pero su memoria no tiene relevancia emocional y no puede influir en la forma que siente ahora. La negación puede manifestarse como una completa falta de interés, con ansiedad o una reacción emocional respecto a una necesidad, conflicto o peligro, inmediatos, serios y presionantes en la vida del paciente, de modo que éste canalice calmadamente su conciencia cognoscitiva de la situación en tanto niega sus implicaciones emocionales. O un área entera de la conciencia subjetiva del paciente puede cerrarse a su experiencia subjetiva, protegiéndolo así de un área de conflicto potencial. El esfuerzo empático del diagnosticador para evaluar las circunstancias del paciente y las reacciones del mismo a ellas a la luz de las reacciones humanas normales, pudiera uno esperar que a menudo le proporcionan un agudo contraste entre este esfuerzo empático y su propia actitud al parecer indiferente o insensible sobre él mismo o los demás significantes. La negación también puede hacerse evidente en la discusión del paciente de su vida presente y en la contradicción entre su situación de vida y su reacción a ella en la entrevista diagnóstica.

**Omnipotencia y devaluación:** Tanto la omnipotencia como la devaluación son derivaciones de operaciones de escisión que afectan las representaciones del sí mismo y de los objetos y se representan en forma típica por la activación de estados del yo que reflejan un sí mismo grandioso, muy inflado, en relación con una representación de los demás despreciada y emocionalmente degradante. La personalidades narcisistas, un subgrupo especial de organización límite de la personalidad, presentan estas operaciones defensivas en forma impactante. La omnipotencia y la devaluación pueden quedar manifiestas en las descripciones del paciente de los demás significantes y sus interacciones con ellos y en su conducta durante la entrevista diagnóstica. En esta conexión, el diagnosticador

debería estar especialmente alerta a cualquier indicación sutil o pequeña de conducta patológica que pueda obtenerse en los primeros contactos diagnósticos con el paciente. Considerando que un paciente por lo general trata de presentarse en su mejor forma en una situación nueva (y que, si no es así, puede estar indicando una grave patología del carácter), uno debe concluir que ambas conductas fuertemente inapropiadas, cuando se presenten, y las desviaciones sutiles de la conducta, de otro modo, "perfectamente normal", requieren de exploración en las entrevistas diagnósticas.

### **Pruebas de realidad**

Tanto la organización neurótica de la personalidad como la límite present mantenimiento de la prueba de realidad, en contraste con las estructuras d personalidad psicótica. Por lo tanto, mientras el síndrome de difusión de identidad y la predominancia de las operaciones defensivas primitivas permiten la diferenciación estructural de los trastornos límite de los neuróticos, la prueba de realidad permite la diferenciación de la organización límite de la personalidad de los principales síndromes psicóticos. La prueba de realidad se define por la capacidad de diferenciar el sí-mismo del-no-sí-mismo, lo intrapsíquico-de—los orígenes externos de la percepción y estímulos, y la capacidad para evaluar realistamente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento en términos de las normas sociales ordinarias. Clínicamente, la prueba de realidad se reconoce por (1) la ausencia de alucinaciones y delirios; (2) un afecto o emoción, un contenido de pensamiento o una conducta fuertemente inapropiados o bizarros, y (3) la capacidad para empatizar con y .de clarificar las observaciones de otras personas de lo que parece a ellas aspectos inapropiados o desconcertantes de las emociones, conducta, o contenido de pensamiento del paciente, en el contexto de las interacciones sociales ordinarias. La prueba de realidad necesita diferenciarse de las alteraciones en la experiencia subjetiva de realidad, que pueden estar presentes en algún momento en cualquier paciente con una pena psicológica; y también de la alteración de la relación con la realidad que se presenta en toda la patología del carácter, así como en los trastornos psicóticos más regresivos. Por sí misma, tiene un valor diagnóstico sólo en formas muy extremas (Frosch, 1964). ¿Cómo se refleja la prueba de realidad en la entrevista diagnóstica estructural?

1. La prueba de realidad puede considerarse presente cuando la información del paciente indique que él no ha sufrido y no está sufriendo de alucinaciones o delirios, o, si los ha tenido en el pasado, que ahora tiene la capacidad de evaluarlos plenamente, incluyendo la habilidad para expresar un interés o extrañeza apropiados respecto a dichos fenómenos.
2. En los pacientes que no han tenido alucinaciones o delirios, la prueba de realidad puede ser evaluada al centrarse el entrevistador en forma precisa sobre cualquier afecto o emoción, contenido de pensamiento o conducta inapropiados que puedan observarse. La prueba de realidad se refleja en la capacidad del paciente para empatizar con la per-

cepción del entrevistador sobre estas características y, en forma más sutil, en su capacidad para empatizar con la percepción del entrevistador sobre la interacción con el paciente en general. La entrevista estructural, como he señalado, constituye, por lo tanto, una oportunidad ideal para la prueba de realidad y así, para la diferenciación de la organización límite, de la psicótica.

3. Por las razones mencionadas, la prueba de realidad puede también evaluarse al interpretar las operaciones defensivas en la interacción paciente-entrevistador. Una mejoría en el funcionamiento inmediato del paciente como consecuencia de dicha interpretación, refleja la conservación de la prueba de realidad, en tanto que un deterioro inmediato de dicho funcionamiento, como consecuencia de la intervención, indica la pérdida de ésta.

El cuadro 1—1 resume la diferenciación de la organización de la personalidad en términos de los tres criterios estructurales de integración de la identidad, operaciones defensivas y prueba de realidad.

### **Manifestaciones no específicas de debilitación del yo**

Las manifestaciones "no específicas" de debilitación del yo incluyen la ausencia a la ansiedad, de control de impulsos y de canales de sublimación desarrollados. Estas han de diferenciarse de los aspectos "específicos" de debilidad del yo: las consecuencias debilitantes del yo por la predominancia de mecanismos defensivos primitivos. La tolerancia a la ansiedad se refiere al grado al que el paciente puede tolerar una carga de tensión mayor de la que en forma habitual experimenta sin desarrollar síntomas aumentados o conducta generalmente regresiva; el control de impulsos se refiere al grado al que el paciente puede experimentar fuertes deseos instintivos o emociones fuertes sin tener que actuar sobre ellas de inmediato contra su mejor juicio e interés: la efectividad sublimatoria se refiere al grado al que al paciente puede comprometerse con valores que van más allá de su propio interés inmediato o más allá de la autopreservación —particularmente el grado al que él es capaz de desarrollar recursos creativos en algún área más allá de sus antecedentes, educación o entrenamiento naturales.

Estas características, aunque reflejan condiciones estructurales, son manifiestas en la conducta directa, que puede obtenerse en el curso de la historia del paciente. Las manifestaciones no específicas de debilitación del yo diferencian la organización límite y las psicosis, de las estructuras neuróticas de la personalidad; pero tienen una función diferenciadora menos precisa y clara entre las estructuras límite y neurótica de lo que es cierto para la integración de la identidad y niveles de organización defensiva. Muchas personalidades narcisistas, por ejemplo, presentan indicaciones de síntomas no específicos de debilitación del yo en menor cantidad de lo que pudiera esperarse.

### **Falta de integración del superyó**

Un superyó relativamente bien integrado aunque muy severo, caracteriza los tipos neuróticos de organización de la personalidad. Las organizaciones lí-

**Cuadro 1—1. Diferenciación de la organización de la personalidad**

Criterios estructurales	Neurótico	Límite	Psicótico
<b>Integración de la identidad</b>	Representaciones del sí mismo y de los objetos precisamente delimitados  Identidad integrada: imágenes contradictorias del sí mismo y de los demás integradas en concepciones comprensivas	Difusión de identidad: aspectos contradictorios del sí mismo y de los demás pobremente integrados y mantenidos aparte	Las representaciones del sí mismo y de los objetos están delimitados pobremente, o de otro modo hay una identidad de delirio
<b>Operaciones defensivas</b>	Represión y defensas de alto nivel: formación reactiva, aislamiento, anulación, racionalización, intelectualización  Las defensas protegen al paciente del conflicto intrapsíquico. La interpretación mejora el funcionamiento	Principalmente defensas de escisión y de bajo nivel: idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación	Las defensas protegen al paciente de la desintegración y de la fusión sí-mismo/objeto  La interpretación conduce a la regresión
<b>Prueba de realidad</b>	La capacidad de prueba de realidad se preserva: diferenciación del sí-mismo del no-sí-mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de las percepciones y estímulos  Existe capacidad para evaluar al sí mismo ya los demás en forma realista y con profundidad	Ocurren alteraciones en relación con la realidad y en los sentimientos de realidad	La capacidad de prueba de realidad se pierde

mite y psicóticas reflejan deterioro en la integración del superyó y se caracterizan por precursores no integrados del mismo, particularmente representaciones primitivas de los objetos, sádicas e idealizadas. La integración del superyó puede evaluarse al estudiar el grado al que el paciente se identifica con valores éticos y tiene a la culpa normal como un regulador principal. Las regulaciones de la autoestima mediante sentimientos de culpa muy graves o los vaivenes depresivos del humor, representan una integración patológica del superyó (típica de la organización neurótica) en contraste con las funciones autocríticas moduladas y específicamente centradas del individuo normal, en términos de valores éticos. El grado al que la persona es capaz de

regular su funcionamiento según los principios éticos; abstenerse de la explotación, manipulación o maltrato a los demás; y conservar la honestidad e integridad moral sin un control externo, todo ello indica integración del superyó. En cuanto a diagnóstico, este criterio es menos confiable que los descritos. Aun los pacientes que emplean defensas predominantemente primitivas pueden dar evidencia de integración del superyó, aunque pueda ser sádica por naturaleza, y hay pacientes con organización límite que mantienen una integración del superyó relativamente buena a pesar de patología grave en el área de integración de la identidad, relaciones objétales y organización defensiva. También, la información sobre la integración del superyó puede obtenerse más efectivamente de la historia del paciente y de la observación a largo plazo, que de la entrevista diagnóstica. Sin embargo la utilidad pronóstica del grado de integración del superyó la convierte en un criterio estructural muy importante para la indicación o contraindicación de psicoterapia intensiva a largo plazo. De hecho, la calidad de las relaciones objétales y del funcionamiento del superyó son probablemente los dos criterios pronósticos más importantes que se desprenden de un análisis estructural.

### **Características genético-dinámicas de los conflictos instintivos**

Aunque los conflictos instintivos característicos de la organización de la personalidad límite se hacen manifiestos en las relaciones terapéuticas a largo plazo con pacientes límite, son relativamente difíciles de discernir en entrevistas diagnósticas y se describen aquí en aras de una información completa.

La organización límite de la personalidad presenta una condensación patológica de luchas instintivas genitales y pregenitales con predominancia de la agresión pregenital (Kernberg, 1975). Esta presunción explica la condensación bizarra e inapropiada de impulsos sexuales dependientes y agresivos, encontrados clínicamente en la organización límite (y también psicótica). Lo que aparece como una persistencia caótica de impulsos y temores primitivos, la pansexualidad del caso límite, representa una combinación de varias soluciones patológicas de estos conflictos.

Debería también subrayarse que la discrepancia entre el desarrollo histórico real del paciente y su experiencia interna, fija, del mismo, es enorme. Lo que averiguamos en la exploración psicoanalítica de estos casos no es lo que pasó en la realidad externa, sino cómo el paciente experimentó sus relaciones objétales significativas, en el pasado. En el mismo tenor, no podemos tomar la historia inicial del paciente como se presenta: mientras más grave la patología del carácter, menos confiable la historia inicial. En los trastornos narcisistas graves y en la organización límite de la personalidad, generalmente, la historia inicial del desarrollo temprano es con frecuencia vacía, caótica o engañosa. Sólo después de años de tratamiento es posible reconstruir una secuencia genética interna (en el sentido de los orígenes intrapsíquicos) y relacionarla de alguna forma a las verdaderas experiencias pasadas del paciente.

Las características del conflicto instintivo abajo detallado, derivan de literatura previamente resumida (Kernberg, 1975), y de mi propia experiencia en psicoterapia psicoanalítica intensiva y psicoanálisis de pacientes límite.

La primera característica es una excesiva formación agresiva en los complejos edípicos de modo que la imagen del rival edípico adquiere en forma típica características aterradoras, abrumadoramente peligrosas y destructivas: la ansiedad del temor a la castración y la envidia del pene aparecen muy exageradas y abrumadoras; y las prohibiciones del superyó contra las relaciones sexualizadas adquieren una cualidad primitiva, salvaje, manifestadas en graves tendencias masoquistas o proyecciones paranoides de precursores del superyó.

Segunda, las idealizaciones del objeto de amor heterosexual en la relación edípica positiva y del objeto de amor homosexual en la negativa son exageradas y tienen notorias funciones defensivas contra la rabia primitiva. Hay así una idealización no realista de tales objetos de amor y un anhelo por los mismos, y la posibilidad de un rápido colapso de la idealización, con un retroceso de la relación positiva a la negativa (o negativa a positiva) en un giro rápido y total de relación objetal. Como consecuencia, las idealizaciones aparecen exageradas y frágiles con la complicación adicional, en el caso de patología narcisista del carácter de una devaluación fácil de los objetos idealizados y un total aislamiento.

Tercera, la naturaleza no realista del rival edípico amenazante y del idealizado y deseado, revela, en un análisis genético cuidadoso, la existencia de imágenes de naturaleza padre-madre, condensadas, reflejando la condensación de aspectos parciales de las relaciones con ambos padres. Si bien, las diferencias sexuales en las relaciones objetales se conservan, la relación, en la fantasía, con cada uno de estos objetos es no realista y primitiva, y refleja la condensación de relaciones idealizadas o amenazantes que brotan de desarrollos edípicos y preedípicos, y un rápido cambio de las relaciones libidinales y agresivas desde un objeto paternal al otro. Cada relación particular con un objeto paternal resulta en el reflejo de una historia de desarrollo más compleja de lo que es en general el caso con pacientes neuróticos, excepto los más gravemente neuróticos, en quienes los desarrollos de transferencia están más íntimamente relacionados con sucesos realistas del pasado.

Cuarta, las luchas genitales de pacientes con complejos preedípicos predominantes sirven a importantes funciones pregenitales. El pene, por ejemplo, puede adquirir características de la madre que alimenta, que retiene o que ataca (básicamente, la función alimentadora de su pecho), y la vagina, funciones de la boca hambrienta, alimentadora o agresiva; desarrollos similares ocurren en relación a funciones anales y urinarias. Aunque muchos pacientes neuróticos y con patología del carácter menos grave también presentan estas características, su existencia en combinación con la excesiva formación agresiva en todas las funciones libidinales pregenitales, es típica de pacientes con organización límite de la personalidad.

Quinta, los pacientes límite muestran en forma típica lo que pudiera describirse como una edipización prematura de sus complejos y relaciones preedípicas, una progresión defensiva en su desarrollo instintivo que se refleja clínicamente en una pronta edipización de la transferencia. Este fenómeno de transferencia a menudo resulta ser espurio en cuanto que, con el tiempo, lleva de vuelta a una patología preedípica grave y caótica; sin embargo, es, al mismo tiempo, significativa al indicar la organización defensiva de comple-

jos edípicos que en forma eventual, a veces tras años de tratamiento, predominan en la transferencia. A este respecto, nuestro conocimiento cada vez mayor sobre la conciencia genital temprana en ambos sexos y la diferencia en las relaciones madre-lactante dependiendo del sexo del mismo (Money y Ehrhardt, 1972; Galenson and Roiphe, 1977; Kleeman, 1977; Stoller, 1977) pueden brindar información sobre la conducta infantil temprana que se relaciona con los procesos intrapsíquicos mediante los cuales se realiza un escape de los complejos preedípicos hacia la edipización de las relaciones objétales.

En ambos sexos, el desplazamiento de las necesidades frustradas de dependencia, de la madre hacia el padre, matiza la relación edípica positiva de la niña, y la relación edípica negativa del niño. El desplazamiento de conflictos agresivos orales de la madre hacia el padre aumenta la ansiedad por la castración y la rivalidad edípica en los niños, y la envidia del pene y distorsiones del carácter relacionadas, en las niñas. En ellas, la grave agresión pregenital hacia la madre refuerza las tendencias masoquistas en su relación con los hombres, graves prohibiciones del superyó contra la genitalidad en general, y la relación edípica negativa hacia la madre como una idealización defensiva y una formación reactiva contra la agresión. La proyección de conflictos primitivos de agresión en la relación sexual entre los padres aumenta las versiones distorsionadoras y temibles de la escena primaria, lo que puede tener extensiones de odio hacia todo el amor mutuo ofrecido por los demás. Más generalmente, el desplazamiento defensivo de los impulsos y conflictos de un padre al otro, fomenta el desarrollo de fantásticas combinaciones, confusas de imágenes paternas bisexuales, condensadas bajo la influencia de un impulso particular proyectado.

Todas estas características de conflictos instintivos de pacientes con organización límite de la personalidad pueden reflejarse en la sintomatología inicial y en su conducta sexual, fantasías y relaciones interpersonales. Pero, como mencioné, a menudo no se prestan para un análisis profundo durante las primeras entrevistas diagnósticas.

## CONCLUSIÓN

Un número de temas requiere mayor investigación clínica y experimental. Se refieren al diagnóstico estructural de la organización límite de la personalidad en momentos de regresión temporal, como en los breves episodios psicóticos que sufren los pacientes límite bajo la influencia de un trastorno emocional grave, alcohol o drogas. La experiencia clínica preliminar sugiere que la entrevista diagnóstica estructural, que aquí se propone puede aún diferenciar la organización límite de la personalidad bajo estas condiciones, reduciendo temporalmente, en efecto, la pérdida de la prueba de realidad en estos pacientes. Sin embargo, será necesaria mayor exploración para confirmar esto. Las características descriptivas de dichos episodios psicóticos breves, y el hecho de que estén enclavadas en una estructura de personalidad típica de la organización límite constituyen los criterios diagnósticos pos"vos en ese momento.

Otro problema se presenta por las reacciones psicóticas bajo la influencia de drogas psicotomiméticas, las que a menudo, durante su etapa aguda, hacen surgir la cuestión del diagnóstico diferencial entre episodios psicóticos agudos en la organización límite de la personalidad y reacciones esquizofrénicas agudas (Trastorno esquizofreniforme en la Asociación Psiquiátrica Americana, 1980 [DSM-III]). De nuevo, la evidencia preliminar parece indicar que la pérdida de prueba de realidad en las psicosis inducidas por drogas en la organización límite de la personalidad, puede transitoriamente mejorar con la evaluación diagnóstica estructural propuesta, en contraste con la regresión temporal aumentada cuando las defensas primitivas se interpretan en el caso de reacciones esquizofrénicas. Esta es, sin embargo, sólo una impresión preliminar.

Un tema importante es el de las características estructurales de pacientes con enfermedad esquizofrénica crónica durante periodos de remisión. Mis colegas y yo hemos observado varios tipos de organización de personalidad en dichos pacientes. Algunos esquizofrénicos crónicos, parecen "sellarse" y presentan una organización neurótica de personalidad durante periodos de latencia; otros se cierran y presentan una organización límite; otros más, presentan una regresión psicótica típica cuando se les examina con el enfoque estructural durante periodos de remisión clínica, indicando así la permanencia o persistencia de una estructura esencialmente psicótica. Así, la estructura de personalidad subyacente en los pacientes esquizofrénicos crónicos durante la remisión, puede no ser uniforme, y quizá sea posible diferenciar con criterios estructurales las organizaciones de personalidad psicótica crónica propias de pacientes con un nivel de hermetismo más alto. Si es así, esto puede tener implicaciones terapéuticas y pronósticas en términos de las precondiciones para, y las características de, cambios en la organización predominante de la personalidad que observamos en algunos pacientes esquizofrénicos durante la remisión.

Los criterios estructurales propuestos, particularmente el de prueba de realidad, pueden considerarse como herramientas sumamente útiles para usarse junto con una evaluación de los síntomas descriptivos de los diversos trastornos psicóticos. El enfoque diagnóstico estructural puede enriquecer notablemente la agudeza, precisión y exactitud de nuestros diagnósticos diferenciales y añadir elementos importantes a las consideraciones terapéuticas y de pronóstico de cada caso individual. Algunos casos seguirán probablemente, de todos modos, desafiando nuestra capacidad para el diagnóstico diferencial, cuando menos, al intentarse en un periodo muy corto.

El enfoque estructural del diagnóstico diferencial de la organización límite de la personalidad subraya la importancia de diagnosticar al paciente como un individuo total, y evaluar su vida interna de relaciones objétales en términos de su concepto de sí mismo y de los otros significantes. De manera paradójica, este enfoque dinámico basado en la teoría de las relaciones objétales, que parece contrario a una forma más descriptiva de diagnóstico basada en los síntomas y la conducta, enriquece al diagnóstico descriptivo. Desde el punto de vista de la metodología de la investigación, es más fácil y al parecer más "objetivo" clasificar la conducta humana en casilleros de manifestaciones conductuales, que estudiar al individuo en su totalidad» Sin

embargo, a pesar de las dificultades metodológicas implicadas en un estudio así, de la totalidad del individuo, a la larga puede brindar una base más firme para la investigación sobre la organización de la personalidad y los cambios en ella.

El diagnóstico de organización límite de la personalidad, afecta al pronóstico y al tratamiento. Donde el diagnóstico estructural determina la presencia de organización límite de la personalidad más que neurosis sintomática ordinaria y patología del carácter, indica limitaciones a la posibilidad de tratamiento psicoanalítico; sugiere que sería más apropiada la psicoterapia psicoanalítica de expresión, a largo plazo e intensiva, más que un tratamiento de apoyo; señala la necesidad de evaluar cuidadosamente si, y cómo estructurar la vida externa del paciente en tanto que tal terapia intensiva está en proceso; significa que, bajo condiciones de crisis aguda, se indica una intervención en crisis. Por último tendrá que hacerse la decisión sobre qué enfoque de tratamiento adoptar —psicoterapia de expresión o de apoyo. Para aquellos casos en los que esté contraindicada la psicoterapia de expresión y se opte por un enfoque de apoyo, deberá aceptarse la posibilidad de que un paciente pueda necesitar apoyo durante muchos años o quizá de por vida.

En mi opinión, este diagnóstico tiene un mejor pronóstico para muchos pacientes hoy en día, de lo que tenía hace sólo 20 ó 30 años. En el caso de pacientes con enfermedad esquizofrénica crónica, el diagnóstico de organización límite de la personalidad (en contraste con la estructura psicótica) durante periodos de remisión indica la posibilidad de psicoterapia psicoanalítica e implícitamente, la posibilidad de mejorar de manera fundamental la estructura de personalidad y, de este modo, proporcionar al paciente protección adicional contra una quiebra psicótica.