

Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas*

OTTO F. KERNBERG**

RESUMEN

Revisión de los recientes hallazgos del Instituto de Trastornos de la Personalidad, del Colegio Médico Joan y Sanford I. Weill de la Universidad de Cornell en relación con los conceptos de identidad normal e identidad difusa, como parte de la psicopatología de los trastornos de personalidad, su etiología, causas y tratamiento. PALABRAS CLAVE: trastornos de la personalidad, identidad normal, identidad difusa, trastorno límite de la personalidad.

ABSTRACT

IDENTITY: RECENT FINDINGS AND CLINICAL IMPLICATIONS. What follows is a review of research findings of the Personality Disorders Institute of the Joan and Stanford I Weill Medical College of Cornell University regarding the concepts of normal identity and identity diffusion as part of psychopathology of personality disorders and their etiology, diagnosis and treatment. KEY WORD: personality disorders, normal identity, identity diffusion, borderline personality disorders.

RESUM

IDENTITAT: TROBAMENTS RECENTS I IMPLICACIONS CLÍNiques. Revisió dels trobaments recent de d'Institut de Trastorns de la Personalitat, del Col·legio Mèdic Joan i Sanford I. Weill de la Universitat de Cornell, pel que fa als conceptes d'identitat normal i identitat difusa com a part de la psicopatologia dels trastorns de personalitat, la seva etiologia, causes i tractament. PARAULES CLAU: trastorns de la personalitat, identitat normal, identitat difusa, trastorn límit de la personalitat.

En este texto describo las estructuras psicológicas que dominan el cuadro clínico de los trastornos graves de personalidad, que también ha sido llamado organización límite de personalidad, de los cuales, el trastorno límite de personalidad representa un trastorno de personalidad paradigmático. Me enfoco en un aspecto central de las funciones normales y patológicas de la personalidad, la presencia o ausencia de una identidad normal: *la difusión de identidad* es la característica fundamental común a todos los trastornos graves de

personalidad, más importante y relevante etiológica y sintomatológicamente. Defino el concepto de identidad, en relación con las características del desarrollo de la personalidad, entendido como parte de la evaluación diagnóstica de los trastornos de personalidad. Describo una entrevista clínica específica, *la entrevista estructural*, y la aplico en la evaluación diagnóstica de una paciente, con una transcripción literal de partes relevantes del proceso de la entrevista. En resumen, el lector puede ser capaz de adquirir el conocimiento esencial acerca de

* Este artículo es el primer capítulo del libro: *The Inseparable Nature of Love and Aggression. Clinical and theoretical perspectives*, Washington, DC, American psychiatric Publishing, 2012 pp.3-30. Publicado con la autorización del autor Dr. Otto F. Kernberg.

Este texto fue publicado previamente en *The Psychoanalytic Quarterly*, 2006. Reimpreso en Kernberg O F: "Identity: Recent Findings and Clinical Implications". *Psychoanalytic Quarterly* 75: 969-1044, 2006. Con el permiso correspondiente. Representa el trabajo del Proyecto de Investigación en Psicoterapia de la Universidad de Cornell apoyado por un aporte de la Fundación de Investigación del trastorno de límite de la personalidad. Agradecemos a la Fundación, y su fundador, Dr Marco Stoffel.

** Médico, psiquiatra, psicoanalista. Director del Instituto de Desórdenes de la Personalidad del Hospital Presbyterian de Nueva York; profesor de Psiquiatría de la Universidad Cornell y supervisor del Centro de Formación e Investigación Psicoanalítica de la Universidad de Columbia.

Correspondencia: okernber@med.cornell.edu

este método diagnóstico y su relevancia clínica.

El tema de la identidad y de patología o fallas en la identidad fue tratado escasamente por Freud, quien se refirió a la tendencia del yo ("Ich") hacia la integración de sus distintos objetivos y disposiciones instintivas (Bohleber, 2000). Es solo después de las pioneras contribuciones de Erik Erikson (1950, 1956) que el concepto de identidad llegó a ser un factor fundamental de la teoría psicoanalítica y la exploración de la patología del carácter. La preocupación cultural y sociológica por las vicisitudes de la identidad del individuo en un mundo rápidamente cambiante puede haber contribuido a la popularidad del concepto siguiendo las formulaciones teóricas y clínicas de Erikson. Más recientemente, sin embargo, la preocupación por el desarrollo del *self*, ha reemplazado el enfoque en el concepto de la identidad en la literatura psicoanalítica general, aunque el estudio de la identidad normal y anormal ha llegado a ser esencial en la investigación de la psicopatología de los trastornos graves de la personalidad.

Lo que sigue es una revisión de los recientes hallazgos del Instituto de Trastornos de Personalidad, del Colegio Médico Joan y Sanford I. Weill de la Universidad de Cornell en relación con los conceptos de identidad normal y difusión de la identidad como parte de la psicopatología de los trastornos de personalidad y su etiología, causas y tratamiento. La aplicación del modelo de la teoría de relaciones de objeto para analizar el desarrollo de la identidad también clarifica la relación de la identidad individual con el entorno social y cultural que influye en la formación de la identidad y puede amplificar los efectos del desarrollo de una identidad patológica.

Revisión de las contribuciones de Erikson

El estudio de los trastornos graves de personalidad ha mostrado cada vez más la importancia de la diferenciación entre la identidad normal y las alteraciones típicas de la identidad en los trastornos graves de personalidad. De hecho, el supuesto de que es precisamente el síndrome de difusión de la identidad el que caracteriza a todos los trastornos graves de personalidad u organización límite de la personalidad, ha hecho más importante la valoración clínica de la personalidad y de las alteraciones de la identidad, en el diagnóstico y el diseño de estrategias de tratamiento. La valoración de los cambios en los trastornos de identidad se ha

convertido en un aspecto central en la evaluación del cambio estructural intrapsíquico.

La evidencia empírica indica que una disposición temperamental hacia el afecto negativo, el descontrol afectivo e impulsividad generalizada caracteriza a los individuos propensos a desarrollar trastorno límite de personalidad (deVagvar et al. 1994; Gurvits et al. 2000; Silk 2000; Steinberg et al. 1994; Stone 1992; van Reekum et al. 1994; Yehuda et al. 1994). Pero es la presencia de alteraciones graves de la personalidad, además de estas características de temperamento, lo que está directamente relacionado con la consolidación de este trastorno (Kernberg 1984, 1992). Esto ha convertido, el estudio de la identidad y su origen, desarrollo y psicopatología, en altamente relevante para la investigación contemporánea de la etiología, psicopatología y tratamiento de trastornos graves de personalidad.

Erik Erikson (1950, 1956) formuló por primera vez, en 1950, los conceptos de *identidad normal del yo*, *crisis de identidad* y *difusión de la identidad* como las características cruciales, respectivamente, de desarrollo normal de la personalidad, adolescencia y trastornos graves de la personalidad. Volvió a la definición del concepto de identidad del yo en 1956, enfatizando la importancia del sentido consciente de la identidad del individuo, junto a esfuerzos inconscientes para la continuidad de la experiencia individual. Describe la identidad como una síntesis general de las funciones del yo, de un lado, y como la consolidación de un sentido de solidaridad con los ideales del grupo e identidad de grupo, de otro lado. Erikson enfatiza que la identidad del yo tiene aspectos tanto conscientes como inconscientes y que se desarrolla gradualmente hasta una consolidación final de su estructura en la adolescencia.

La adolescencia puede presentarse con una crisis de identidad, esto es, un periodo de falta de correspondencia entre como el o la adolescente es percibido por su entorno más cercano, en contraste con el relativo rápido cambio de la propia experiencia que, al menos transitoriamente, no se corresponde ya más, a la visión de los demás sobre él o ella. En consecuencia, la crisis de identidad se origina en una falta de confirmación por los otros, de la identidad cambiante del adolescente. Esta crisis de identidad normal, sin embargo, debe ser diferenciada de la difusión de la identidad, la patología de la identidad característica de pacientes límites.

Erikson (1956) describió la difusión de la identidad como la ausencia ó pérdida de la capacidad normal

para autodefinirse, reflejada en desajuste emocional en los momentos de intimidad física, decisiones laborales y competencias, y de un aumento de la necesidad de autodefinition psicosocial. Sugiere que evitar tomar decisiones, que conlleva tal difusión de la identidad, lleva al aislamiento, un sentido de vacío interior y regresión a identificaciones tempranas. La difusión de la identidad se caracterizaría por la incapacidad para la intimidad en las relaciones interpersonales, ya que la intimidad depende de la autodefinition y su ausencia causa la sensación de daño, fusión, o la pérdida de identidad que es temida como una calamidad mayor.

La difusión de la identidad, decía Erikson, se caracteriza también por la difusión de la perspectiva de tiempo, vista en el sentido de urgencia en relación a la toma de decisiones o en la pérdida de tiempo en un interminable aplazamiento para tomarlas. La difusión de la identidad se observa, también, en la incapacidad para trabajar creativamente y un fracaso laboral. Erikson describe como una consecuencia de la difusión de la identidad, la elección de una identidad negativa, esto es, el rechazo de las normas sociales normalmente asignadas, y el establecimiento de una identidad basada en una serie de identificaciones que, definidas por oposición, resultan socialmente inaceptables y rechazadas; se trataría de una identidad anormal basada en tomar de forma radical todo lo que la sociedad rechaza.

Blos (1967, 1979), en sus fundamentales contribuciones al análisis de las características del desarrollo en la adolescencia, describió una “segunda individuación”, caracterizada por la separación gradual del adolescente de los objetos infantiles internalizados, a través de un proceso de regresión temporal a conflictos preedípicos y, particularmente, a la reactivación de un complejo de Edipo negativo. Poderosas corrientes regresivas que activan necesidades de dependencia, intensos conflictos entre deseos homosexuales y heterosexuales y defensas contra estos impulsos, evolucionan para fortalecer un ideal del yo maduro y el desarrollo consecuente de la identidad del yo. La reestructuración del superyó clarificada por Jacobson (1964) representa un importante aspecto de esta reorganización estructural y la superación de prohibiciones infantiles edípicas. Es necesario enfatizar que las manifestaciones sintomáticas normales de estos cambios están representadas por la crisis de identidad de la adolescencia. Los casos de psicopatología grave, caracterizados, desde la primera infancia en adelante, por difusión de la identidad;

expresiones patológicas de conflictos alrededor de la dependencia; “identidad negativa” (identificación rígida con un subgrupo social rebelde, antisocial, opositor, alienado); una predominancia crónica, caótica, de tendencias infantiles polimorfas perversas, ilustran la incapacidad para resolver los desafíos de la reestructuración psíquica del adolescente.

Westen (1985, 1992), al revisar la literatura teórica y práctica acerca del *self* e identidad, define los principales componentes de la identidad como “un sentido de continuidad en el tiempo, compromiso emocional con un conjunto de representaciones autodefinidas del *self*, relaciones de rol y valores fundamentales y estándares de ideales del *self*, desarrollo o aceptación de una visión del mundo que da sentido a la vida y algún reconocimiento del lugar de uno en el mundo por parte de otros significantes.

Hauser (Allen et al. 1993; Hauser 1976; Hauser and Follansbee 1984) amplió a varios tipos los problemas de identidad y patología originalmente descritos por Erikson: logro de identidad, moratoria, ejecución hipotecaria y difusión de la identidad. El logro de una identidad refleja una identidad normal; moratoria implica capacidad para posponer la resolución de los procesos de integración que llevan a una identidad normal, y ejecución hipotecaria se refiere a un papel de rígido compromiso con una identidad de grupo o a una identidad parental patológica o a una combinación de aislamiento y sometimiento a la identidad de un líder o un grupo: se refiere a una forma particularmente grave de identidad negativa.

Marcia (1966, 1980) estudió el desarrollo de la identidad del yo y su relevancia para la evolución de los adolescentes. Masterson (1967, 1972) y Rinsley (1982) han descrito la diferencia entre la crisis de identidad de la adolescencia normal y la difusión de la identidad en adolescentes con trastornos graves de la personalidad. Masterson, particularmente, señaló la permanencia de las graves alteraciones de identidad en la adolescencia complementando, de esta manera, la investigación de Offer (1973) acerca de las características de la identidad normal del adolescente sin psicopatología preponderante.

Wilkinson-Ryan and Westen (2000), en su investigación sobre la alteración de la identidad de los trastornos límite de la personalidad concluyó: “la alteración de la identidad en la difusión de la identidad se caracteriza por una dolorosa sensación de incoherencia,

inconsistencia en creencias y comportamientos, sobreidentificación con grupos o roles y, en un menor grado, dificultades para comprometerse con el trabajo, valores y objetivos. Todos estos factores están relacionados con los trastornos límite de la personalidad independientemente de historia de abuso, aunque una historia traumática puede contribuir de forma sustancial al sentido de dolorosa incoherencia asociada con tendencias disociadas.”

En nuestro Instituto, hemos desarrollado un Inventario de Organización de la Personalidad (IPO) el cual valora la prueba de realidad, defensas psicológicas primitivas, difusión de identidad, aplicando este instrumento tanto a muestras clínicas como no clínicas. Encontramos que la combinación hipotética de difusión de la identidad y defensas primitivas con la preservación de la prueba de realidad, se correlacionó de forma significativa con un alto nivel de afectos negativos y descontrol de la agresividad, los fenotipos característicos de trastornos límite de la personalidad. (Lenzenweger et al. 2001).

Identidad y teoría de relaciones de objeto

En el Instituto de Trastornos de Personalidad, hemos estudiado la psicopatología, el diagnóstico clínico e intervenciones psicoterapéuticas de la identidad difusa, basados en la aplicación de la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones de objeto. Hemos aplicado esta teoría en la comprensión del desarrollo de la personalidad normal y patológica, y en el proceso, además, hemos definido y explorado las características de la difusión de identidad (Kernberg 1976, 1984, 1992).

En esencia, nuestra hipótesis básica en la aplicación la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones de objeto, es que las internalizaciones de las relaciones con otros significantes, desde el comienzo de la vida, tienen diferentes características bajo las condiciones de interacciones afectivas altas o bajas. Bajo condiciones de baja activación afectiva, ocurre aprendizaje cognitivo, orientado a la realidad, con control de la percepción, influenciado por disposiciones de temperamento, esto es, reactividad motora, afectiva y cognitiva en el bebé, llevando gradualmente a formar definiciones diferenciadas de sí mismo y los otros. Estas definiciones comienzan con la percepción de las funciones corporales, la posición del self en el espacio y el tiempo, y las características permanentes de los otros. A medida que

estas percepciones son integradas y llegan a ser más complejas, las interacciones con otros son registradas y evaluadas cognitivamente y los modelos de interacción son establecidos. Las capacidades innatas para diferenciar el self del no-self, y la capacidad para integrar la experiencia sensorial, juegan un papel importante en la construcción del modelo del self y el mundo circundante.

En contraste, bajo condiciones de altas expresiones afectivas, sean ellas de un tipo extremadamente positivo, placentero o extremadamente negativo, doloroso, las internalizaciones específicas ocurren enmarcadas dentro de la naturaleza diádica de la interacción entre el bebé y su persona cuidadora, llevando al establecimiento de una específica estructura de memoria afectiva con poderosas implicaciones motivacionales. Estas estructuras están constituidas esencialmente por la representación del *self* interactuando con la representación de un adulto significante bajo la influencia de un estado emocional alto. La importancia de estas estructuras de memoria afectiva, radica en que constituye la base para el sistema motivacional psíquico primario, en esfuerzos orientados a alcanzar, mantener o incrementar las condiciones que generan estados afectivos positivos altos y disminuir, evitar, y escapar de condiciones de estados negativos altos.

Estados de afecto positivo, incluyen la gratificación sensorial del bebé satisfecho al lactar, estimulación erótica de la piel y la disposición a interacciones eufóricas “sintonizadas” con la madre; estados negativos altos incluyen situaciones de intenso dolor físico, hambre, o estímulos dolorosos que causan intensa reacción de rabia, miedo o disgusto y pueden motivar desde irritabilidad general e hipersensibilidad hasta frustración y dolor. La teoría de las relaciones de objeto asume que estos estados afectivos positivos y negativos son creados de forma separada durante las tempranas internalizaciones de estas experiencias y, posteriormente, son activamente separadas o disociadas una de la otra, en un esfuerzo por mantener un dominio ideal de la experiencia de la relación entre el *self* y los demás y para escapar de las experiencias atemorizantes de los estados afectivos negativos. Los estados afectivos negativos tienden a ser proyectados para convertirse en el miedo a los objetos externos “malos”, mientras que afectos positivos se convierten en el recuerdo de una relación con un objeto “ideal”. Este desarrollo se convierte en dos principales dominios –separados– de la experiencia

psíquica temprana, una idealizada y una persecutoria o paranoide. Idealizada en el sentido de un segmento de representaciones de objeto puramente positivas del *self* y del otro, y persecutoria en el sentido de un segmento de representaciones puramente negativas del otro y una representación amenazada del *self*. Esta temprana experiencia de escisión protege las experiencias idealizadas de “contaminación” con las malas, hasta que surja un mayor grado de tolerancia del dolor y una valoración más realista de la realidad externa bajo condiciones dolorosas.

Este temprano estado del desarrollo de las representaciones psíquicas del *self* y del otro, con implicaciones motivacionales primarias —avanzar hacia el placer y alejarse del dolor—, eventualmente evoluciona hacia la integración de estos dos segmentos determinados de afecto alto; una integración facilitada por el desarrollo de capacidades cognitivas y aprendizajes continuos en relación con aspectos realistas del *self* y los otros, interactuando bajo circunstancias de baja activación afectiva. El predominio de las experiencias idealizadas lleva a una tolerancia para integrar las experiencias paranoides, mientras las neutraliza en el proceso. En términos sencillos, el niño reconoce que él o ella tienen aspectos “buenos” y “malos”, igual que la madre y otros significantes del círculo familiar, mientras que los aspectos buenos predominan de forma suficiente para tolerar una visión integrada del *self* y los demás.

Este estado del desarrollo, descrito por autores kleinianos (Klein 1940; Segal 1964) como el cambio de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva, y por los autores de la psicología del yo, como el cambio hacia la constancia objetal, presumiblemente se lleva a cabo en algún momento entre el primer año de vida y el final del tercer año. Aquí, la investigación de Margaret Mahler (1972a, 1972b) acerca de la separación-individuación es relevante, indicando la naturaleza gradual de esta integración durante los primeros tres años de vida.

Peter Fonagy (Fonagy and Target 2003) se remite a los hallazgos en relación a la capacidad de la madre para “marcar” el afecto del bebé, que ella de forma congruente refleja al bebé, lleva a un proceso relacionado: la contención (adecuada) de la madre, reflejando el afecto del bebé, a la vez que indica la señal (de una forma diferenciada) que ella no lo comparte aunque empatiza con el, contribuye a la asimilación por parte del bebé de sus propios afectos, mientras marca los límites

entre el sí mismo y los otros. En condiciones normales, por tanto, un sentido integrado del sí mismo (“bueno y malo”), rodeado de representaciones integradas de otros significantes (“buenos y malos”) que diferencian, también, el uno del otro, en términos de sus características de género, así como sus características de rol/estatus, las cuales en forma conjunta determinan la identidad normal.

El concepto de identidad del yo originalmente formulado por Erikson, incluye en su definición la integración del concepto del *self*; una definición de las relaciones objetales que amplía su definición con la correspondiente integración del concepto de otros significantes. En contraste, cuando este estadio del desarrollo de integración normal de la identidad no es alcanzado, la fase temprana del desarrollo de disociación o escisión entre un segmento idealizado y uno persecutorio persiste. Bajo estas condiciones, múltiples representaciones del *self* no integradas se separan en una idealizada y una persecutoria, y múltiples representaciones de otros significantes se escinden en líneas similares, constituyendo de forma conjunta el síndrome de difusión de identidad. Podríamos decir que en la medida en que Erikson considera la confirmación del *self* por las representaciones de otros significantes como un aspecto de la identidad normal, él ya enfatiza la relevancia de la relación entre el autoconcepto y el concepto de otros significantes, aunque no habla de la conexión íntima entre la integración o falta de integración en la parte de los conceptos del *self* y el logro paralelo o la falla en los conceptos correspondientes de otros. En otras palabras, él estaba conciente de la importancia de la integración o falta de integración del concepto del *self*, pero no de la importante función de la integración o falta de integración de las representaciones de otros. Fue el trabajo de Edith Jacobson (1964) en los Estados Unidos, fuertemente influenciado por las conceptualizaciones de Margaret Mahler, y el trabajo de Ronald Fairbairn (1954) en Gran Bretaña, el que señaló la naturaleza diádica del desarrollo de tempranas internalizaciones y creó las bases para la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones de objeto.

Etiología de la difusión de la identidad

Con respecto a la etiología de la difusión de la identidad, podemos ahora formular una propuesta que integra los hallazgos respecto a la predisposición

temperamental al desarrollo de trastornos graves de personalidad u organización límite de personalidad, teniendo en cuenta, particularmente, el desarrollo del trastorno límite de personalidad formulado en el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2000*), con factores etiológicos en el desarrollo temprano y posteriores factores psicosociales.

Para comenzar, la disposición genética a la activación afectiva relacionada con la patología de los sistemas de neurotransmisores, que compromete sobre todo a las aminas biógenas (como los sistemas serotoninérgicos, noradrenérgicos y dopaminérgicos), puede determinar una hiperreactividad del organismo a estímulos dolorosos representados por un desarrollo excesivo de un innato afecto agresivo. Presumiblemente, la hiperreactividad genéticamente determinada de las áreas cerebrales que involucran activación afectiva, especialmente la hiperreactividad de la amígdala, contribuye a la activación de afectos negativos (de Vagvar et al. 1994; Gurvis et al. 2000; Silk 2000; Steinberg et al. 1994; Stone 1992,1993; van Reekum et al. 1994; Yehuda et al. 1994). Una disposición genética puede estar involucrada, también, en una potencial inhibición primaria de áreas del cerebro relacionadas con el control cognitivo, particularmente la corteza prefrontal y preorbital y la porción anterior del *cíngulum*, las áreas involucradas en la capacidad para el “control voluntario” (Posner et al. 2002). En un estudio de neuroimágenes de nuestro Instituto de Trastornos de Personalidad, Silbersweig y colegas (D. A. Silbersweig, K. Levy, K. Thomas, et al., “Exploring the Mechanisms of Negative Affects and Self-Regulation in BPD Patients and Controls Prior to Therapy,” unpublished manuscript, 2003) encontró que pacientes con trastorno límite de personalidad presentaban disminución de la actividad en la corteza prefrontal y orbito-frontal dorsolateral en contraste con sujetos controles normales ante la presentación de palabras inhibitorias, y un aumento de la actividad amigdalal inapropiado en estos pacientes ante la presentación de palabras neutras. Estas disposiciones genéticas y constitucionales a la activación de afectos agresivos excesivos y falta de control cognitivo pueden dar lugar a un predominio innato de afectos negativos en el temperamento en las experiencias tempranas, un factor predisponente al desarrollo de difusión de la identidad.

Desde el comienzo de la vida postnatal, la relación entre el bebé y la madre, particularmente en condiciones de alta expresión emocional, se refleja en el desarrollo

de vínculos normales o patológicos que representarían, un factor determinante y crucial en el predominio del ámbito negativo de la experiencia afectiva. Wilfred Bion (1967, 1970) enfatiza la función fundamental de la madre en transformar las impresiones sensoriales del bebé que le son proyectadas en forma de “elementos beta” en “elementos alfa”, reflejando la capacidad materna integradora de las emociones. La introyección del bebé de estos elementos sensoriales modificados determinaría la tolerancia del bebé a experiencias negativas afectivas tempranas. Una falla en esta función materna lleva a un predominio continuo de la identificación proyectiva patológica causando un predominio del segmento paranoide de las experiencias tempranas, que amplifican experiencias afectivas negativas intolerables.

Más recientemente, Peter Fonagy (Fonagy and Target 2003) ha propuesto que la madre, al activar su capacidad normal de reflejar de forma congruente el afecto dominante del bebé (particularmente en condiciones de activación de afectos negativos) a la vez que muestra al bebé que ella puede empatizar con él sin compartir dicho afecto, permite al bebé internalizar la experiencia emocional diferenciada de una madre contenedora, de una forma precisa y marcada. El o la bebé llega a ser capaz de reflejar en él o ella su propia experiencia afectiva, desarrollando en el proceso, una “mentalización” normal. Cuando la madre no puede reaccionar de una forma congruente a la reacción del bebé, esto es, cuando ella muestra al bebé, intensos afectos negativos, que parecen reflejarle al bebé su propia incapacidad para contenerlos, esta experiencia amplifica el temor de sus propios afectos negativos primitivos, lo que llevaría, una vez más, a la preponderancia del dominio paranoide de la experiencia. O bien, cuando la madre es incapaz de reflejar de forma congruente los afectos del bebé, reflejando así, una deficiente empatía con él o ella, esto también determina una intolerable intensidad de afecto negativo en el bebé que no puede ser “contenido”, lo cual también incrementa la dominancia del segmento negativo de la experiencia. A través de estos mecanismos, entonces, la predominancia de afecto negativo es reforzada y puede llevar a una grave restricción en la mentalización.

Hay algunos patrones de espejamiento que pueden ser factores de riesgo para varios tipos de psicopatología. El Espejamiento que es tanto no marcado e incongruente puede ser un factor de riesgo para la organización límite de la personalidad incluso de psicosis.

Como se mencionó antes, el espejamiento que no es marcado pero contingente puede contribuir a exacerbar la falta de capacidad del bebé o infante para contener los afectos negativos. Un espejamiento marcado pero no contingente, como cuando el padre o madre diferencia sus propias emociones de las del bebé, pero no hay un reflejo preciso de las emociones del bebé, puede significar un riesgo para el trastorno de personalidad narcisista (Allen and Fonagy 2003).

Todos los patrones de vínculo inseguro suponen modelos de trabajo de vínculo incompatible y contradictorio (Main 1995). La persona preocupada oscila entre una evaluación buena y mala de sí misma y los demás; la persona indecisa muestra creencias simultáneas lógicamente inconsistentes o súbitas rupturas en su discurso, mientras que la persona rechazada lleva un modelo de trabajo “idealizado” a nivel semántico y uno “negativo”, contradictorio, a nivel episódico. La persona desorganizada o indecisa tiene mayor riesgo para una difusión de identidad debido a los sistemas disociados que operan en tales individuos (Diana Diamond, personal communication, 2005). Levy (2005) propone que la *Cannot Classify* (CC) *Category* puede ser el ejemplo más extremo de modelos de trabajo de vínculo incompatibles y contradictorios. La clasificación CC es asignada si un adulto presenta una combinación de patrones lingüísticos incompatibles y contradictorios.

En resumen, el vínculo inseguro es probablemente un factor de riesgo para la difusión de la identidad, como también para la organización límite de la personalidad, pero estos tres dominios necesitan ser claramente diferenciados el uno del otro. Vínculo es la secuencia del desarrollo de modelos particulares de relaciones que codeterminan la formación de modelos internos de sí mismo y las representaciones (“objetales”) de los otros. La organización de estas representaciones de sí mismo y los demás lleva, a su vez, a la integración o a la difusión de la identidad. En mi opinión, la difusión de la identidad es la consolidación estructural, patológica, del mundo internalizado de las relaciones objetales, reflejado en la carencia estable de la integración del concepto del sí mismo y de otros significantes. La organización límite de personalidad es un síndrome psicopatológico específico que caracteriza todos los trastornos de personalidad graves que reflejan las consecuencias subjetivas y conductuales de la difusión de identidad y presenta operaciones defensivas secundarias y síntomas que la mantienen. El vínculo inseguro es un factor de

riesgo importante para la difusión de identidad, probablemente a la disposición temperamental antes referida, y reforzada por otros factores de riesgo psicosocial que se mencionarán a continuación.

El concepto de mentalización de Fonagy incluye la capacidad del niño o niña para reflejar tanto su propio afecto como para reflejar de forma apropiada el afecto de la madre; la mentalización implica, a su vez, la capacidad de “representación secundaria” de un afecto propio, la capacidad de tener empatía con la experiencia afectiva de los demás, y la capacidad de diferenciar de forma apropiada, entre las experiencias afectivas de uno mismo y los demás. En mi opinión, los múltiples significados de mentalización, no tienen en cuenta suficientemente las diferencias entre la temprana capacidad de diferenciación entre uno mismo y las representaciones objetales y la posterior integración de representaciones contradictorias de otros como, también, de sí mismo. Aunque estoy de acuerdo con la idea de Fonagy respecto a que un vínculo anormal es un importante factor que contribuye a la difusión de identidad, esto no hace justicia, al concepto de integración o falta de integración de las representaciones de otros significantes, en paralelo con la integración (o falta de ella) del concepto del self, implicada en el concepto de identidad normal y de identidad difusa definido previamente. En otras palabras, difusión de identidad implica unos modelos de trabajo interno que reflejan representaciones del sí mismo y de los otros, desorganizadas, desorientadas, derivadas de los mecanismos de escisión que fragmentan las representaciones del sí mismo y las representaciones de otros en términos de disposiciones de afecto polarizadas (Paulina Kernberg, personal communication 2003).

Existe una extensa evidencia de que una historia de abuso físico y sexual y la exposición crónica al abuso físico y sexual son altamente prevalentes en el trastorno límite de la personalidad (Stone 1993). Hay también evidencia de que el dolor crónico en enfermedades físicas en el primer año de vida se relaciona con la acentuación de conductas agresivas (Grossman 1991; Zanarini 2000). Los efectos del abandono crónico y caos grave en la estructura familiar, particularmente, la ruptura de límites intergeneracionales habituales, así como la impredecibilidad crónica de los padres, son otros factores que aumentan la predominancia del dominio negativo de las experiencias tempranas, contribuyendo al desarrollo de trastornos graves de personalidad y en el

contexto de este análisis, a la difusión de la identidad. Un estudio llevado a cabo por Ken Levy (K.N. Levy, *"The Role of Identity Disturbance in the Development of Borderline Personality Disorder"*, unpublished data, 2002) indica que en un segmento de la población normal que muestra afecto negativo exagerado e impulsividad como fenotipo comportamental, aquellos sujetos que dentro de este subgrupo, al mismo tiempo, muestran una grave alteración de la identidad, también presentan trastorno de personalidad; en cambio, aquellos que no presentan alteración de la identidad, no. Concluye que mientras un afecto negativo e impulsividad pueden ser un riesgo amplio para el desarrollo de trastorno límite de personalidad, las alteraciones en la identidad parecen ser un factor de riesgo específico. Este hallazgo es consistente con estudios previos (Garnet et al. 1994) donde se encontró que la alteración de la identidad fue el mejor predictor de la continuidad de trastorno límite de personalidad desde la adolescencia hasta la adultez joven. En resumen, la principal hipótesis con respecto a los factores etiológicos que determinan trastornos graves de la personalidad u organización límite de personalidad es que partiendo de una predisposición temperamental al predominio de afectos negativos, impulsividad, o falta de control voluntario, el desarrollo de un vínculo desorganizado, exposición a un trauma físico o sexual, abandono, o caos familiar crónico, predispone al individuo a una anormal fijación en estadios tempranos del desarrollo que precede a la integración de la identidad normal: una escisión general persiste entre experiencias internalizadas idealizadas y persecutorias bajo la dominancia de estados afectivos altos negativos y positivos. Clínicamente esto representa el síndrome de difusión de la identidad, con falta de integración de los conceptos del sí mismo y de falta de integración de los conceptos de otros significantes. La pregunta que aún queda es, que otros factores de temperamento, psicodinámicos o psicosociales, pueden influir en el desarrollo de constelaciones específicas de caracteres patológicos que diferencian las diferentes constelaciones de trastornos graves de personalidad entre sí, un tema que permanece sin explorar aún. El hecho de que la mayoría de la investigación se enfoque en el trastorno límite de personalidad muestra la necesidad de realizar dichos estudios incluyendo otros trastornos graves de personalidad.

Desde el punto de vista clínico, el síndrome de difusión de la identidad, explica la principal característica de

la organización límite de personalidad. El predominio de disociación primitiva o escisión del segmento idealizado de la experiencia de tipo paranoide es naturalmente reforzado por las operaciones defensivas primitivas íntimamente conectadas con mecanismos de escisión, tales como identificación proyectiva, negación, idealización primitiva, devaluación, omnipotencia y control omnipotente. Todos estos mecanismos de defensa contribuyen a distorsionar y a crear alteraciones crónicas en las relaciones interpersonales, reforzando de esta manera la falta de autoreflexión y de "mentalización"; en un sentido amplio, disminuyendo la capacidad para valorar la conducta de otras personas y sus motivaciones en profundidad, particularmente, bajo el efecto de intensa activación afectiva. La falta de integración del concepto de sí mismo interfiere la integración entre el pasado y el presente del individuo, en la capacidad de predecir la conducta futura del individuo, y en disminuir la capacidad de compromiso con los objetivos profesionales, intereses personales, funciones laborales, sociales, y relaciones íntimas.

La falta de integración del concepto de otros significantes interfiere con la capacidad de valorar de forma realista a los demás, con la selección de parejas en armonía con las expectativas reales del individuo. Toda excitación sexual implica un discreto componente agresivo (Kernberg 1995). La predominancia de disposiciones de afecto negativo lleva a una infiltración de la disposición para la intimidad sexual con excesivos componentes agresivos, determinando, en el mejor de los casos, una persistencia caótica y exagerada de rasgos infantiles polimorfos perversos como parte del repertorio sexual del individuo y, en el peor, una inhibición primaria de la capacidad para la respuesta sexual y el placer erótico. Bajo estas últimas circunstancias, afectos intensamente negativos, eliminan la capacidad para la respuesta sexual, reflejado clínicamente en importantes tipos de inhibición sexual que pueden ser encontrados en la mayoría de los trastornos graves de personalidad.

La falta de integración del concepto del sí mismo y de otros significantes también interfiere con la internalización de los primeros esbozos de sistemas de valores internalizados, llevando en particular a una exagerada idealización de valores positivos y del ideal del yo, y a un rasgo persecutorio de los aspectos internalizados del superyó primitivo, como prohibitivos, persecutorios. Estos desarrollos llevan, a su vez, a un predominio de mecanismos de escisión, en sistemas de valores internalizados o

funciones superyoicas, con excesiva proyección de prohibiciones internalizadas, mientras que las demandas excesivas, idealizadas, de perfección, además interfieren con la integración de un superyó normal. Bajo estas condiciones, la conducta antisocial puede emerger como un aspecto importante de los trastornos grave de personalidad, particularmente en el síndrome de narcisismo maligno y en el tipo más grave de trastorno de personalidad; esto es, el trastorno antisocial propiamente dicho, el cual revela la presencia mas grave de identidad difusa como, también, un self patológico grandioso subyacente (Kernberg 1984,1992). En general, la formación de un superyó normal es una consecuencia de la integración de la identidad que, a su vez, protege la identidad normal. La desorganización grave del superyó, en cambio, empeora los efectos de la difusión de la identidad (Jacobson 1964).

El tratamiento de los trastornos de personalidad depende, en gran parte, de su gravedad, reflejada en el síndrome de difusión de identidad. La presencia o ausencia de difusión de identidad puede ser obtenida clínicamente en entrevistas diagnósticas iniciales, centradas en las características estructurales de los trastornos de personalidad. Los aspectos dimensionales, mayores o menores grados de difusión de identidad, requieren aún mayor investigación. Desde un punto de vista clínico, si el tacto social habitual se mantiene o se pierde es el indicador principal de la gravedad del síndrome. El diagnóstico de identidad difusa o normal, adquiere una importancia fundamental, en la valoración clínica de pacientes con trastornos de personalidad.

Valoración clínica de la identidad

En el Instituto de Trastornos de Personalidad en Cornell, hemos desarrollado un examen del estado mental denominado "entrevista estructural" diseñado para realizar el diagnóstico diferencial de los trastornos de personalidad. En esencia, esta entrevista, la cual usualmente requiere entre una hora y una hora y media de exploración, consiste en varios pasos de indagación en el funcionamiento del paciente. El primer paso evalúa todos los síntomas del paciente, incluyendo los físicos, emocionales, interpersonales y, generalmente, aspectos psicosociales de mal funcionamiento: demostración de afecto inapropiada con la experiencia; conducta inapropiada; y dificultades no habituales en la valoración del sí mismo y los demás en interacciones y negociación de situaciones psicosociales cotidianas. Esta exploración

de síntomas es llevada a cabo hasta que se realiza un completo examen para el diagnóstico diferencial de síntomas prominentes y dificultades caracterológicas.

El segundo paso de esta entrevista explora la situación actual de la vida del paciente, incluyendo su adaptación al trabajo, o profesión, vida afectiva, experiencia sexual, origen familiar, amistad, intereses, actividades creativas, actividades de tiempo libre. Explora además las relaciones del paciente con la sociedad y la cultura, particularmente intereses ideológicos y religiosos, y su relación con los deportes, artes y *hobbies*. En resumen, tratamos de obtener una visión lo más completa posible de la situación de vida del paciente y sus interacciones, planteando preguntas cuando cualquier aspecto de la vida del paciente no parece claro, es contradictorio, o problemático. Esta exploración complementa el proceso previo de valoración de síntomas y, al mismo tiempo, permite comparar, la valoración del paciente sobre su vida, desafíos y problemas posibles, con la interacción del paciente con el examinador durante la entrevista.

Un tercer paso de esta entrevista estructural consiste en plantear preguntas acerca de la valoración del paciente de la personalidad de las dos o tres personas más importantes en su vida actual, seguida de la valoración de la descripción de sí mismo como un individuo único y diferente. Las principales preguntas aquí son: "¿Podrías describir la personalidad de las personas que has mencionado, que son las más importantes en tu vida, de manera que me pueda hacer una idea de ellas?". "Y ahora, ¿podrías describirte tú mismo, tu propia personalidad, como único y diferente de otras personas, para que pueda hacerme una imagen de ti?".

El cuarto paso de esta entrevista, y solo en caso de alteraciones significativas en las manifestaciones de su conducta, afecto, contenido del pensamiento, o aspectos formales de la comunicación verbal durante la entrevista, el examinador plantea preguntas sutiles sobre aspectos de la conducta, afecto, contenido del pensamiento, o aspectos de la comunicación verbal del paciente, que han parecido como particularmente cruciales, extraños, inapropiados o fuera de lo normal. El examinador comunica al paciente que ciertos aspectos de su comunicación han parecido desconcertantes o extraños y le pregunta si puede verlo y cual sería su explicación para la conducta que desconcierta al examinador.

Esta sutil confrontación permitirá al paciente, con una prueba de realidad conservada, ser conciente de que es lo que ha producido la particular reacción del

entrevistador y podrá dar una explicación que disminuya la extrañeza o el desconcierto de dicha conducta. Esta respuesta, en otras palabras, indica una buena prueba de realidad. Si por el contrario, tal indagación aumenta la confusión, desorganización, o conducta anormal en la interacción con el entrevistador, la prueba de realidad está presumiblemente perdida. El mantenimiento de la prueba de realidad es un aspecto esencial de los trastornos de personalidad; los pacientes pueden haber perdido los aspectos sutiles de tacto en la interacción social, pero mantener una buena prueba de realidad en circunstancias sociales habituales. La pérdida de la prueba de realidad presumiblemente indica un trastorno psicótico atípico o un trastorno mental orgánico: ese hallazgo puede llevar a una consiguiente exploración de tal conducta, afecto, o pensamiento a través de un examen mental de rutina. En cualquier caso, una clara pérdida de la prueba de realidad indica que un trastorno psicótico o un trastorno mental orgánico está presente y el diagnóstico principal del trastorno de personalidad no puede ser establecido en ese momento.

De lo contrario, con una prueba de realidad conservada, la entrevista permitiría el diagnóstico de trastorno de personalidad, la constelación predominante de los rasgos patológicos de carácter y su gravedad en términos de la presencia o ausencia del síndrome de difusión de identidad. La capacidad para proveer una visión integrada de otros significantes y de sí mismo indica una identidad normal. Un buen funcionamiento interpersonal que no plantea las dudas acerca de un comportamiento extraño o desconcertante en la interacción presente, puede no justificar la exploración de la prueba de realidad. Pacientes con organización límite de personalidad, quienes presentan identidad difusa, también muestran conductas típicas que reflejan operaciones defensivas primitivas, en la interacción con el examinador. Estos hallazgos son menos cruciales que el diagnóstico de difusión de identidad, pero refuerzan la conclusión final.

Aunque este método de entrevista clínica ha probado ser muy útil en entornos clínicos, no se presta para ser utilizado, sin modificar, para realizar investigaciones prácticas. Un grupo de investigadores en nuestro Instituto, está transformando esta entrevista estructurada en una entrevista semiestructurada, diseñada para realizar la valoración de trastornos de personalidad a través de un instrumento (*Structured Interview for Personality Organization* (STIPO) –J. F. Clarkin, E. Caligor, B. Stern, et

al, *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO), unpublished manuscript, 2003—diseñado para la investigación empírica. La utilidad clínica de la entrevista estructural, sin embargo, puede ser ilustrada por hallazgos típicos en varias constelaciones caracterológicas.

Para comenzar, en el caso de adolescentes, la entrevista estructural hace posible diferenciar la crisis de identidad de la adolescencia, de la difusión de identidad. En el caso de la crisis de identidad, el adolescente puede presentar una sensación de confusión sobre la actitud de otros significantes hacia sí mismo/a, y una confusión sobre sus actitudes que no se corresponde con su autoevaluación. Al pedirle describir la personalidad de otros significantes, sin embargo, particularmente de su familia inmediata, la descripción es precisa y en profundidad. Por la misma razón, al describir un estado de confusión acerca de las relaciones con los otros, la descripción del adolescente sobre su propia personalidad transmite, también, una visión apropiada e integrada, incluso cuando muestra confusión sobre sus relaciones con otros, en la descripción que el o la adolescente da al entrevistado.

Además, los adolescentes con crisis de identidad pero sin difusión de identidad, usualmente muestran un rango normal de valores éticos internalizados, intereses e ideales, proporcional a contexto social y cultural. Es notable que aún adolescentes que están involucrados en intensos conflictos entre dependencia e independencia, autonomía y rebeldía con su entorno, tengan un claro sentido de estos aspectos y su naturaleza conflictiva, y su descripción de otros significantes con quienes ellos entran en conflicto, sigue siendo realista y conciente de la complejidad de las interacciones.

Por el contrario, en caso de identidad difusa, las descripciones acerca de las personas más importantes en su vida por parte de un adolescente con organización límite de personalidad, son vagas y caóticas, al igual que lo es su descripción del self, además del surgimiento de discrepancias significativas en las interacciones psicosociales presentes del adolescente, de un lado, y la interacción con el entrevistador, por el otro. Es típico, también, en la difusión grave de la identidad en la adolescencia que exista un desajuste en el desarrollo normal de ideas y aspiraciones. El adolescente con identidad difusa puede mostrar una falta importante de internalización de sistemas de valores o una actitud caótica o contradictoria hacia tal sistema de valores.

La manifestación más común de este síndrome de

identidad difusa, esto es, una completa falta de integración del concepto del *self* y de otros significantes, puede ser encontrada en pacientes con trastorno límite de la personalidad y, en un menor grado, en pacientes con trastorno histriónico o infantil de la personalidad. En contraste, en el caso de trastorno narcisista de la personalidad, lo que es más característico es la presencia de un aparentemente integrado, pero patológico, *self* grandioso, en marcado contraste con una gran incapacidad para desarrollar una visión integrada de otros significantes: la falta de la capacidad para comprender la personalidad de otros significantes es dramáticamente ilustrada en el trastorno narcisista de la personalidad. Lo contrario puede ocurrir en pacientes con trastorno esquizoide de la personalidad, en quienes una falta de integración del concepto del *self* puede coexistir con muy sutiles observaciones de otros significantes. En el caso del trastorno esquizotípico, en cambio, tanto el concepto del *self* y de otros significantes, están muy fragmentados, de forma similar, al caso del trastorno límite de la personalidad.

Entrevista diagnóstica estructural

A continuación se describe el comienzo de una primera entrevista, utilizando la técnica de entrevista estructurada para mostrar difusión de identidad. Parte de la entrevista, ha sido resumida, pero los segmentos importantes, que indican difusión de la identidad son reproducidos literalmente, excepto detalles menores tales como nombres, profesiones, y referencias a lugares en la entrevista, para proteger la confidencialidad del material.

La paciente era una estudiante de postgrado de 21 años, casada con un estudiante universitario de 21 años, quien consultó debido a depresión, conflicto de pareja significativo y disminución de su funcionamiento que lleva a la interrupción de sus estudios. Ella tenía historia de una depresión crónica desde el comienzo de la adolescencia. Ocasionalmente se autolesionaba y había tenido relaciones interpersonales caóticas en la adolescencia. Tuvo algunas relaciones sexuales durante sus años de colegio. Aunque en consulta con la psicóloga escolar, se consideró la posibilidad de un diagnóstico de trastorno bipolar, no había historia confiable de un episodio hipomaniaco, como tampoco las características depresivas suficientes para diagnosticar una depresión mayor. Luego de la separación de sus padres, durante la temprana infancia de

la paciente, su madre se casó nuevamente y la paciente describía una relación caótica tanto con la madre como con su padrastro. Las importantes dificultades con su padrastro durante la adolescencia llevaron a discusiones entre la madre y la paciente. Al final, la madre expulsó a la paciente de la casa. Ella vivió entonces con su tía durante un tiempo, hasta su matrimonio, cuando se graduó de secundaria. Tenía algunos hermanos y hermanas más jóvenes y siempre sentía que su madre les prefería, mientras que ella era la “oveja negra” de la familia. La relación con su esposo había sido muy ambivalente, la paciente decía que le quería pero ella no sabía si había hecho lo correcto al casarse. La vida sexual fue inicialmente activa y satisfactoria, pero gradualmente sintió, que todo lo que él quería de ella era sexo, de manera que se distanció sexualmente de él. Cuando el conflicto llega a ser particularmente intenso, le abandona y vuelve a casa de la madre por algunas semanas, sin ir a la escuela. Adicionalmente, su tendencia a llegar tarde a clase y algunas conductas provocativas, han irritado a profesores y le han suspendido de una clase. Esta fue la información con que contábamos antes de la entrevista inicial con ella.

La entrevista comenzó con el terapeuta pidiéndole describir sus dificultades que resumió, de una forma caótica, muchos de los aspectos descritos previamente. El terapeuta hace entonces algunas preguntas para clarificar la naturaleza de su depresión, en un esfuerzo de hacer el diagnóstico diferencial entre una reacción distímica crónica o depresión caracterológica de un lado y una depresión mayor, por el otro. Su información parecía claramente el caso de una depresión crónica relacionada con el carácter. Para clarificar mas adelante sus problemas actuales, el terapeuta preguntó acerca de cuales eran las dificultades en la escuela. La paciente dijo que ella solo había faltado a una clase, pero que había dejado la escuela porque la profesora le dijo que no estaba autorizada para asistir a la escuela. Luego de algunos intentos de clarificar que había pasado, la paciente dio la siguiente información.

Paciente: y él ni siquiera habló conmigo sobre eso. Recibí un e-mail, que decía que no tenía más autorización para asistir a clases. Hablé con mi TA y aún mi TA decía que mis notas eran buenas, tú sabes, incluso en el examen de una de las clases donde había ido solo a una clase tuve un 80- una B en el examen. O sea que mis calificaciones estaban bien pero él sentía que yo era una distracción en la clase”.

Terapeuta: “¿Pero por que él hizo eso? ¿Tenía él algún prejuicio contigo? ¿Hay algo en tu conducta que provoque esa reacción en él?”

Paciente: “Creo que ambas cosas. Tú sabes, él es muy rígido... para él es muy difícil ser razonable cuando se trata de... hacer excepciones con personas que tienen dificultades. Como dije, con la baja que tuve, él no me permitió recuperar mis trabajos. Ni siquiera trató de entenderlo”.

Terapeuta: “Suena, como si fuera su problema”.

Paciente: “Sí, pero, quiero decir, llegué tarde a las clases algunas veces, un par y me fui antes un par. Como dije, la primera vez fue cuando mi mamá vino a llevarme al hospital...”.

La entrevista se encaminó, entonces, a explorar dificultades en su matrimonio. A continuación, se describen extractos significativos de la transcripción en orden secuencial.

Paciente: “Siento que no importa que intente tratar con John sobre las cosas, como los problemas que tenemos, no funciona. Y sabe, por ejemplo, comunicación. Yo trato de comunicarme con él pero hay ocasiones que se cierra, sólo me deja fuera y, además, cuando trato de hablar con él sobre cosas que me preocupan, parece no entenderlo. Yo siempre, sin importar si las cosas vayan, tú sabes, tú sabes, bien, siento, como si algo malo fuera a ocurrir. Usted sabe, por ejemplo, las cosas son demasiado buenas. Tú sabes, que va a pasar para que todo se venga abajo. Aún cuando nos llevamos bien, siento como si algo malo fuera a ocurrir. Es demasiado bueno para ser cierto”. Luego hablaron sobre la vida sexual de la paciente con su esposo.

Paciente: Como, muchas veces, no estoy simplemente, tú sabes, predispuesta, o no de ánimo, tú sabes, y siento, y él está, como, anda, hagámoslo, y estoy como, seguro, seguro, pero muchas veces, soy yo, tratando de complacerlo, y de hacerlo creer que él hace algo para mí.

Terapeuta: ¿No lo ves como algo que haces para tí misma?

Paciente: No

Terapeuta: ¿Y no lo ves como que él muestra interés en tí como mujer?

Paciente: No, realmente; si y no, sí porque dice que soy bonita, o lo que sea, pero no porque a veces es como un adolescente “cachondo”, tú sabes. Ni siquiera sé como describirlo”.

En este punto de la entrevista, el terapeuta se centra en la evaluación de la sintomatología de la paciente,

particularmente en su depresión crónica, y en las principales características conflictivas de su personalidad ya que pueden estar influenciando los conflictos vinculados a su depresión. Ahora se dirige a evaluar la integridad de la identidad, pidiéndole describir la persona más importante para ella en este momento de su vida y, luego a sí misma. A continuación, se describen extractos relevantes literalmente, en orden secuencial.

Terapeuta: “¿Ahora podría describirme a Jhon un poco mejor, como es él como persona, que lo hace diferente de los demás, que es único en él?”.

Paciente: Él es muy académico, muy inteligente, estudiar significa mucho para él, de hecho, es lo primero para él. Es muy listo, ha hecho la “lista del decano” cada semestre que ha estado tiempo completo. Es muy profesional en su trabajo, tú sabes. Es un investigador en el campus, muy profesional en su trabajo. Y siento que su trabajo es más importante que yo. ..., a él le gusta, cuando tiene tiempo, sentarse y descansar, no preocuparse sobre las cosas. Pero me dice esto todo el tiempo, se da cuenta que es muy importante comunicarnos abiertamente, pero cuando se indispone, se cierra del todo y no habla conmigo. La mitad, como 95% del tiempo, no sé que es lo que le preocupa. Se molesta tanto que si yo me molestara tanto por algo y si él no entendiera porque, me enfadaría mucho. Se molesta conmigo. Es muy tranquilo, calmado, tímido. Es muy poco sociable, en reuniones familiares se siente bien si conoce a todo el mundo, pero si lo pones en una situación en donde se reúne con más de dos o tres personas al tiempo, se siente frustrado. Muy introvertido, enfadado. Tú sabes, le gusta más observar que tomar parte. Si él va, por ejemplo, a una fiesta, mientras todos interactúan, se sienta y mira a todo el mundo. A le gusta mucho la salud física; ve, tú sabes, las enfermedades cardíacas que son más frecuentes en este grupo de edad, y mira para prevenir una enfermedad cardíaca. Entonces, su dieta es baja en azúcar, baja en grasas, en sodio y va al gimnasio dos o tres veces a la semana. Y tú sabes, es muy impositivo, lo que es malo para tí no lo hagas. Si es algo mínimo como broncearse, o grande como un tatuaje o mi *piercing* en el ombligo o lo que sea, tú sabes, las pequeñas cosas que he querido hacer mucho tiempo antes que apareciera y ahora me dice que no me puedo broncear porque es malo para mí.

Terapeuta: Ahora que lo has descrito, parece que otra persona que es importante en tu vida es tu madre.

Paciente: Sí, lo es.

Terapeuta: Podrías describirla, que clase de persona es, de manera que me pueda hacer una idea de ella. ¿Qué la hace diferente de otras personas? ¿Qué es único en ella?

Paciente: Bien, mi madre es muy joven, tiene 45 años. Um, Yo realmente peleaba con mi madre en los siete últimos años, ocho. Tú sabes, somos muy diferentes, así que chocamos mucho. Es casi como un chiste que las únicas cosas que he heredado de mi madre fueron su obstinación y enfado. Si, porque si mi mamá está bien, ella va a discutir al final, tú sabes. Y yo soy igual. Si sé que tengo la razón, voy a discutir hasta que te des cuenta de que la tengo, o lo que sea, tú sabes. Y en cuanto al enfado, no soy una persona de mal genio, generalmente, en apariencia, más que nada rabia contenida. Pero cuando me enfado, es como encender un trapo bañado en kerosene o algo, tú sabes. Es que, una vez empiezo, es duro para mí parar. Ella es, puede ser muy abierta, muy cálida, pero también puede ser muy dura, muy demandante, mucho, no sé, egoísta. La he escuchado hablar sobre mí y mis dos hermanos y yo soy la “niña jodida”. Frank es el de los problemas que pueden manejarse y Bob, el angelito. Y sabes, tengo mis problemas, pero sabes, cuando tu mamá te dice que desearía que fueras alguien más, eso tiene un impacto muy grande. Tú sabes, ella puede, cuando nos llevamos bien, llevamos bien, pero cuando no, no. Tú no quisieras vernos en la misma habitación y lo extraño es que ella siempre me está gritando. Yo nunca le contesto.

Terapeuta: ¿Porqué no me cuentas un poco acerca de tí? ¿Cómo te describirías como persona, qué te hace única, qué te hace diferente de otras personas, que me podrías decir?

Paciente: Soy una persona religiosa. Trato de aceptar a todo el mundo en mi religión, mucha gente que es cristiana, dirían, los gays van a ir al infierno, y yo digo y qué, nos han enseñado a amar, porque no es como cuando alguien va al cielo cuando mueren, se supone que tú debes amarlos como deberías o como alguien te ama a ti. Soy una persona muy empática. Alguien que si un extraño llega y me dice: necesito alguien para hablar, me sentaría y hablaría con ellos, si necesitan un abrazo, o lo que sea, un hombro en que recostarse o llorar. Y eso creo que es algo único sobre mí, la gente me ha dicho, eso es único en mí, que yo he sido la clase de amigo de quien tú quisieras serlo. Sabes, alguien me dijo que todos los amigos pensaban que

eran amigos, pero cuando ellos los necesitaban más, no estaban allí, y en cualquier situación, yo era una buena amiga. Creo que esto es algo definitivamente único sobre mí. Sabes, yo solo doy amor, sin importar que tan molesta estoy cuando estoy sola, si alguien está pasando por un momento difícil, yo me haría a un lado y diría, sabes, porque no hablas conmigo, necesitas hablar, que pasa, intentaría estar ahí para ellos, como dije, no me enfado fácilmente, pero cuando me enfado, me enfado. Y otra cosa, me encantan los niños, trabajar con niños, jugar con ellos. Por ejemplo, cuando estuve en una cena y había una mujer con su esposo y 4 niños, y uno de los niños estaba llorando, yo me puse muy molesta, me acerqué y empecé a cantar una canción infantil, sabes, solo para darle mejor ánimo. Así es como soy yo, me encantan los niños, trabajar con ellos, estar con ellos.

Terapeuta: Me dijiste que intentaste ser abierta y cariñosa.

Paciente: Si.

Terapeuta: ¿Sería justo decir que eso funciona con los demás, pero no con tu esposo? Porque de lo que me has dicho, es que con él puede enfadarte e irritarte más fácilmente, ¿me equivoco?

Paciente: No sé, me siento frustrada con mi matrimonio, porque siento que él no me escucha. Si necesito alguien para hablar, él debería ser la primera persona de estar conmigo y muy a menudo no lo está. Sabes, yo lo amo y trato de no distanciarme de él, pero él no lo pone fácil para mí. Si me enfado, y hablo con mis amigos en vez de con él, se molesta, pero lo que no se da cuenta es que he tratado de hablar con él. De abrirme con él.

En la última parte de la entrevista, el terapeuta trata, cuidadosamente, de confrontarla con contradicciones en su descripción de su esposo y sí misma, en relación con la situación que llevó a suspender sus estudios, para evaluar, sobre todo, la prueba de realidad, y, además, la capacidad para la introspección emocional. Lo que sigue son segmentos seleccionados de la interacción.

Terapeuta: Lo que estoy preguntando es, hasta que punto, estás tratando de tomar la iniciativa en ser amorosa con él, hasta que punto, estás contribuyendo a crear una atmósfera en la cual él se siente que la mayor parte del tiempo, tú estás sensible, irritable y rechazándolo. Quiero decir, no estoy diciendo que tú tal vez estás haciendo algo mal para contribuir al problema, pero la forma en que hablas conmigo sobre él, me dio la sensación de una actitud resentida como si tuvieras

resentimiento; así es como sueñas. Te sorprende que diga esto?

Paciente: No.

Terapeuta: ¿Soy la primera persona que dice esto?

Paciente: En mi cara, si creo.

Terapeuta: Bueno, déjame recordarte, que me has dicho que lo único en que te pareces a tu mamá es en ser obstinada. Hasta que punto es posible que esto esté pasando con tu actitud con tu esposo? Quizás incluso sin que lo sepas? Un hábito.

Paciente: Supongo que es posible.

Terapeuta: Qué piensas?

Paciente: Muchas veces, no sé porque yo soy así con mi esposo.

Terapeuta: Aquí estoy exagerando un poco, pero en relación con tu profesor, uno podría preguntarse, porque él estaba tan molesto contigo? Porque él tendría estos malos sentimientos hacia ti? Sin ser conciente, habrías contribuido a ello?

Paciente: Me imagino, quiero decir, de nuevo, no sé, me imagino, es posible, que no me daba cuenta

Terapeuta: Y me impresionó cuando dijiste que cuando las cosas van bien, tú sientes que no puede durar. Porque lo que esto implica es que si tienes miedo de el destino no tolere que seas feliz, entonces puedes sentirte tentada a estropear tu vida porque así al menos sabes que está pasando, y nada peor puede pasar.

Paciente: Muchas veces no llega a ese punto.

Terapeuta: Discúlpame?

Paciente: Muchas veces no llega a ese punto, aunque, tú sabes.

Terapeuta: Porque no?

Paciente: Yo tiendo a quedarme en mi depresión, tiendo a estar en el punto donde yo sé, tú sabes, como, bien, todo lo demás está estropeado, así que esto también va a suceder lo que sea.

Hacia el final de la entrevista, hablaron sobre sus planes de volver con su madre, de nuevo, al menos temporalmente, separándose de su esposo y abandonando sus estudios. El terapeuta planteó la pregunta de hasta que punto habría en ella fuerzas de autoderrota, evocando en ella, sus fantasías de que las cosas no pueden salir bien y que habían hablado de cómo ella podría haber contribuido al disgusto de su profesor también como a las respuestas irritadas de su esposo. El terapeuta tuvo la impresión de que ella podía entender lo que él decía, y podía pensar sobre esto y presentar argumentos a lo que él decía, y pensamientos que implicaban reflexionar

sobre lo que él estaba diciendo. La contradicción en la descripción de la personalidad de su esposo y de la madre, y de sí misma, esto último, quizás, el aspecto más llamativo de la entrevista, en la cual auto-representaciones totalmente contradictorias de obstinación y oposición, de un lado y amor, por el otro, coexistían, sin conectarse una con otra, le hizo concluir que ella presentaba una significativa difusión de identidad. La prueba de realidad, sin embargo, permanecía intacta.

La conclusión diagnóstica fue que se trataba de una paciente con un trastorno de personalidad y organización límite de la personalidad, con rasgos predominantemente infantiles o histriónicos y masoquistas, junto con una depresión caracterológica íntimamente relacionada a los patrones de autoderrota, en su relación con su esposo, con sus estudios, y su vida social.

Luego de la entrevista, el terapeuta comentó al equipo terapéutico sus impresiones sobre la interacción con él durante la sesión. Su presentación tenía características de autoderrota. Ella daba la impresión de alguien temeroso, sumiso en la superficie, pero suspicaz y resentido en su interior. Parecía claramente deprimida y tenía historia de no responder satisfactoriamente a inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, anteriormente.

La recomendación para tratamiento fue una psicoterapia basada en la transferencia, una psicoterapia psicodinámica modificada, efectiva, empíricamente probada, para trastornos severos de la personalidad. (J.F. Clarkin, K.N. Levy, M.F. Lenzenweger, et al., "Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorders: A Multiwave Study," unpublished manuscript, 2005; Clarkin et al. 2006).

Traducido del inglés por Miguel Cárdenas R.

Bibliografía

ALLEN, JP, FONAGY P (2003). The Development of Mentalizing and Its Role in Psychopathology and Psychotherapy (Technical Report No 02-0048) Tokepa, KS, The Menninger Clinic, Research Department.

ALLEN JP, HAUSER ST, BELL KL, ET AL. (1993). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interaction as predictors of adolescent ego development and self-esteem. *Child Dev* 65: 179-194.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition,

Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association.

BION WR (1967). *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York, Basic Books.

BION WR (1970). *Attention and Interpretation*. New York, Basic Books.

BLOS P (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanal Study Child* 22: 162-168.

BLOS P (1979). Modifications in the classic psychoanalytic model of adolescence. *Adolescent Psychiatry* 7: 6-25.

BLOHLEBER W (2000). *Identität*, in *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Edited by Mertens W, Waldvogel B. Stuttgart, Germany, Kohlhammer, pp 328-332.

CLARKIN JF (2006). Yeomans FE, Kernberg OF: *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing.

DEVAGVAR ML, SIEVER LJ, TRESTMAN RL, ET AL (1994). Impulsivity and serotonin in borderline personality disorder, in *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*. Edited by Silk KR. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 23-40.

ERIKSON EH (1950). Growth and crises of the healthy personality, in *Identity and the Life Cycle*. New York, International Universities Press, pp 50-100.

ERIKSON EH (1956). The problem of ego identity. *J Am Psychoanal Assoc* 4:56-121.

FAIRBAIRN WRD (1954). *An Object Relations Theory of the Personality*. New York, Basic Books.

FONAGY P, TARGET M (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives From Developmental Psychopathology*. Philadelphia, PA, Whurr, pp 270-282.

GARNET KE, LEVY KN, MATTANAH JFF, ET AL (1994). Borderline personality disorder in adolescence: ubiquitous or specific? *Am J Psychiatry* 151:1380-1382.

GROSSMAN WI (1991). Pain, aggression, fantasy, and concepts of sadomasochism. *Psychoanal Q* 60:22-52.

GURVITS IG, KOENIGSBERG HW, SIEVER LJ (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23:27-40.

HAUSER ST (1976). Self-image complexity and identity formation in adolescence: longitudinal studies. *Journal of Youth and Adolescence* 5:161-177.

HAUSER ST, FOLLANSBEE D (1984). Developing identity: ego growth and change during adolescence, in

Theory and Research in Behavioral Pediatrics. Edited by Fitzgerald H, Lester B, Yogman M. New York, Plenum.

JACOBSON E (1964). *The Self and the Object World*. New York, International Universities Press.

KERNBERG OF (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York, Jason Aronson.

KERNBERG OF (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT, Yale University Press.

KERNBERG OF (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven, CT, Yale University Press.

KERNBERG OF (1995). *Love Relations: Normality and Pathology*. New Haven, CT, Yale University Press.

KLEIN M (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states, in *Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945*. London, Hogarth Press, pp 311-338.

LENZENWEGER MF, CLARKIN JF, KERNBERG OF, ET AL (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychol Assess* 13:577-591.

LEVY KN (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 17:959-985.

MAHLER MS (1972a). On the first three subphases of the separation-individuation process. *Int J Psychoanal* 53:333-338.

MAHLER MS (1972b). Rapprochement subphases of separation-individuation process. *Psychoanal Q* 41:487-506.

MAIN M (1995). *Recent studies in attachment: overview with selected implications for clinical work*, in *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*. Edited by Goldberg S, Muir R, Kerr J. Hillsdale, NJ, Analytic Press, pp 407-474.

MARCIA JE (1996). Development and validation of ego-identity status. *J Pers Soc Psychol* 3:551-558.

MARCIA JE (1980). *Identity in adolescence*, in *Handbook of Adolescent Psychology*. Edited by Adelson J. New York, Wiley, pp 159-187.

MASTERTON J (1967). *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*. Boston, MA, Little, Brown, pp 119-134.

MASTERTON J (1972). *Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. New York, Wiley-Interscience.

OFFER D (1973). *Psychological World of the Teenager: A Study of Normal Adolescent Boys*. New York, Harper & Row.

POSNER MI, ROTHBART MK, VIZUETA N, ET AL (2002).

Attentional mechanisms of borderline personality disorder. *Proc Natl Acad Sci USA* 99:16366-16370.

RINSLEY BR (1982). *Borderline and Other Self Disorders*. New York, Jason Aronson.

SEGAL H (1964). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. New York, Basic Books.

SILBERSWEIG DA, LEVY K, THOMAS K, ET AL (2003). Exploring the mechanisms of negative affect and self regulation in BPD patients and controls prior to therapy. (Manuscript in preparation).

SILK KR (2000). Borderline personality disorder: overview of biologic factors. *Psychiatr Clin North Am* 23:61-75.

STEINBERG BJ, TRESTMAN RL, SIEVER LJ, ET AL (1994). *The cholinergic and noradrenergic neurotransmitter systems and affective instability in borderline personality disorder*, in *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*. Edited by Silk R. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 41-62.

STONE M: *Etiology of borderline personality disorder: psychobiological factors contributing to an underlying irritability*, in *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. Edited by Paris J. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 87-102.

STONE M (1993). *Abnormalities of Personality*. New York, WW Norton.

VAN REEKUM R, LINKS PS, FEDOROV C (1994). *Impulsivity in borderline personality disorder*, in *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*. Edited by Silk KR. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 11-22.

WESTEN D (1985). *Self and Society: Narcissism, Collectivism, and the Development of Morals*. New York, Cambridge University Press.

WESTEN D (1992). The cognitive self and psychoanalytic self: can we put ourselves together? *Psychoanalytic Inquiry* 3:1-13.

WILKINSON-RYAN T, WESTEN D (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *Am J Psychiatry* 157:528-541.

YEHUDA R, SOUTHWICK SM, PERRY BD, ET AL (1994). *Peripheral catecholamine alterations in borderline personality disorder*, in *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*. Edited by Silk KR. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 63-90.

ZANARINI MC (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23:89-101.