

Reserva

M
C279e
2003
c.1

Universidad de Valparaíso

Facultad de Medicina

**ESTUDIO CLÍNICO-DESCRIPTIVO EN SUJETOS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD**

Seminario de Título para ser presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, para optar al Título de Psicólogo y al Grado de Licenciado en Psicología

N.º de
52584
Rep. 613. c.1

Por:

Bárbara Muriel Castro Heredia
Alejandra Soledad González Rojas
Paula Ximena Olivares Sepúlveda

Profesora Guía
Claudia Calderón Flández

Marzo 2003

*Gracias a todos aquellos que, de una u otra forma,
ayudaron a que este trabajo pudiera realizarse.
Gracias mamá, Lorenita, Mauricio, Tatines, tíos, primos y amigos.
Es claro para mí que parte de lo que soy y he hecho se los debo a ustedes.
Gracias también a los profes Claudia, Lily y Carlos
por sus sugerencias y por hacerme reflexionar.*

Bárbara

*A mis queridos padres, hermanos, familiares, profesores y amigos,
muchas gracias por su apoyo incondicional
en este importante camino que he decidido emprender.
Luis, gracias por tu compañía, apoyo y cariño permanente.*

Paula

*A mamá, por tu comprensión y apoyo sin condiciones,
que ayudaron a que cumpliera este anhelado sueño.
A papá, por tu modo especial de hacerme sentir tu apoyo y cariño.
A Pablito, mi querido hermano por tu humor y generosidad.
A Mauricio, por tu amor y compañía en éste y en muchos otros caminos.*

Alejandra

ESTUDIO CLÍNICO-DESCRIPTIVO EN SUJETOS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Resumen

La presente investigación es un estudio clínico- descriptivo en sujetos diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad, atendidos en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa según los principios del Modelo Integrativo.

El estudio tuvo dos objetivos generales: describir las características clínicas de la muestra en estudio y someter a prueba empírica las hipótesis desarrolladas acerca del cambio en ciertas variables.

El análisis de resultados mostró en las escalas clínicas elevados niveles de neuroticismo, alexitimia, y sintomatología ansiosa y depresiva. El análisis de los aspectos históricos reveló la presencia de experiencias tempranas dolorosas vinculadas con la familia de origen.

La comprobación de hipótesis arrojó como posibles variables predictoras del cambio clínico, el nivel pretratamiento de neuroticismo y de irracionalidad cognitiva.

TABLA DE CONTENIDOS

I INTRODUCCIÓN	1
II. MARCOTEÓRICO	3
2.1 Acerca de los trastornos de personalidad	3
2.1.1 Ámbitos funcionales	5
2.1.2 Ámbitos estructurales	8
2.2 Trastorno Límite de la personalidad	11
2.2.1 Introducción	11
2.2.2 Características clínicas	13
2.2.3 Prototipo de la Personalidad Límite de acuerdo al Modelo de las Polaridades de Millon	27
2.2.4 Comorbilidad con otros trastornos y síndromes	29
2.2.4.1 Comorbilidad con el Eje II	
2.2.4.2 Comorbilidad con el Eje I	
2.2.5 Etiopatogenia del trastorno límite de la personalidad	33
2.3 El Modelo Integrativo Supraparadigmático	34
2.4 Niveles descriptivos y escalas clínicas de la Ficha FECI	38
2.4.1 Escalas sistema self	38
2.4.2 Escalas de satisfacción	42
2.4.3 Escalas de síntomas	44
2.4.4 Escalas de rasgos	45
2.4.5 Escalas del sistema cognitivo	48
2.4.6 Escalas del sistema conductual	49
2.4.7 Escalas del sistema bioclínico	50
2.5 El cambio clínicamente significativo	53
III. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	56
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	59
4.1 Pregunta de Investigación	59
4.2 Objetivos de Investigación	59
4.2.1 Objetivos Generales	59
4.2.2 Objetivos Específicos	60

V. METODOLOGÍA	62
5.1 Diseño	62
5.2 Participantes	62
5.3 Instrumento de Medición	63
5.4 Procedimiento	65
5.5 Análisis de los datos	66
VI. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	67
6.1 Descripción de características clínicas	67
6.1.1 Antecedentes demográficos	67
6.1.2 Sistema self	68
6.1.3 Sistema cognitivo	70
6.1.4 Sistema afectivo	71
6.1.5 Sistema conductual	73
6.1.6 Aspectos biológicos	74
6.1.7 Aspectos histórico-relacionales	77
6.1.8 Comorbilidad	87
6.2 Comprobación de Hipótesis	89
6.2.1 Resultados Primera Hipótesis	90
6.2.2 Resultados Segunda Hipótesis	92
6.2.3 Resultados Tercera Hipótesis	93
6.2.4 Resultados Cuarta Hipótesis	95
VII. DISCUSIÓN	97
Acerca de las características clínicas de la muestra	
Acerca de las hipótesis y el cambio clínico	
Limitaciones y potencialidades de la investigación	
Proyecciones y lineamientos para futuras investigaciones	
VIII. CONCLUSIONES	105
IX. REFERENCIAS	106
ANEXOS	109

INDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Criterios para el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad	13
TABLA N°2: Resumen de la Expresión del Trastorno Límite de la Personalidad en los diferentes ámbitos clínicos	27
TABLA N°3: Etiopatogenia	33
TABLA N°4: Principales diferencias entre creencias racionales e irracionales	48
TABLA N°5: Preguntas Ficha F.E.C.I.	64
TABLA N°6: Promedios escalas F.E.C.I. en el pre-tratamiento, desviaciones estándar y puntos cutoff a.	90
TABLA N°7: Resultados escalas primera hipótesis	91
TABLA N°8: Resultados escalas segunda hipótesis	92
TABLA N°9: Resultados escalas tercera hipótesis	94
TABLA N°10: Resultados escalas cuarta hipótesis	95

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Prototipo límite	28
GRÁFICO N°1: Sexo	68
GRÁFICO N°2: Edad	68
GRÁFICO N°3: Resultados Autoimagen	69
GRÁFICO N°4: Resultados Autoestima	69
GRÁFICO N°5: Resultados Autoeficacia	69
GRÁFICO N°6: Resultados Irracionalidad cognitiva	70
GRÁFICO N°7: Resultados Perfeccionismo	70
GRÁFICO N°8: Resultados Pensamiento Dicotómico	71
GRÁFICO N°9: Resultados Satisfacción de Necesidades	72
GRÁFICO N°10: Resultados Alexitimia	72
GRÁFICO N°11: Resultados Disconfort Emocional	73
GRÁFICO N°12: Resultados Tolerancia a la frustración	73
GRÁFICO N°13: Resultados Repertorio Conductual	74
GRÁFICO N°14: Resultados Asertividad	74
GRÁFICO N°15: Resultados Depresión	75
GRÁFICO N°16: Resultados Ansiedad	75
GRÁFICO N°17: Resultados Extroversión	75
GRÁFICO N°18: Resultados Neuroticismo	76
GRÁFICO N°19: Resultados Psicoticismo	76
GRÁFICO N°20: Crianza	77
GRÁFICO N°21-A: Separación padres	77

GRÁFICO N°21-B: Causas separación	77
GRÁFICO N°22-A: Evaluación relación padres como pareja	78
GRÁFICO N°22-B: Detalle evaluación mala relación	78
GRÁFICO N°23: Hecho o característica importante familia origen	79
GRÁFICO N°24: Evaluación Global vida familiar	79
GRÁFICO N°25: Sistema de premios y castigos	80
GRÁFICO N°26: Consistencia padres en política Educativa	81
GRÁFICO N°27: Sociabilidad	82
GRÁFICO N°28: Balance vida social	82
GRÁFICO N°29: Balance historia laboral	83
GRÁFICO N°30-A: Ansiedad o culpa en aproximaciones o relaciones sexuales	83
GRÁFICO N°30-B: Detalle ansiedades o culpas	84
GRÁFICO N°31: Problemas sexuales	85
GRÁFICO N°32: Importancia satisfacción necesidades sexuales	85
GRÁFICO N°33: Balance global historia de relaciones de pareja	86
GRÁFICO N°34-A: Evaluación historia de vida	86
GRÁFICO N°34-B: Detalle Insatisfacción historia de vida	87
GRÁFICO N°35-A: Comorbilidad Eje I	88
GRÁFICO N°35-B: Detalle trastornos del estado de ánimo	89

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación corresponde a un estudio clínico-descriptivo en individuos diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad, que recibieron tratamiento en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (Ex-CECIDEP).

Se ha tomado como marco de referencia conceptual para el entendimiento de este trastorno, el Modelo Integracionista de Theodore Millon, incluyendo también a otros autores como Aaron Beck y Otto Kernberg. Esta diversidad de concepciones, obedece a la necesidad de contar con distintos niveles de datos para tener una visión integral sobre la Psicopatología de la Personalidad. En línea con esta concepción, se eligió para la parte aplicada de la investigación, al Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) como representante de un modelo integracionista en el ámbito de la intervención clínica en Chile.

En el marco teórico, se ha considerado una descripción general acerca de los Trastornos de Personalidad, así como las características específicas del Trastorno Límite en distintos ámbitos clínicos, la dinámica de sus polaridades, la comorbilidad con otros trastornos y síndromes, y su etiopatogenia.

Se describe el Modelo Integrativo Supraparadigmático, que fundamenta el trabajo realizado por los profesionales del ICPSI y la conceptualización sobre las variables contempladas en el instrumento de Medición (Ficha FECl) elaborado en dicha institución.

La última parte del marco teórico contempla la evaluación de resultados terapéuticos en función de los índices de cambio clínicamente significativo, propuestos por Jacobson.

Luego de la revisión de la literatura acerca del Trastorno Límite de la Personalidad y considerando las características del instrumento de medición, se delimitaron las áreas de descripción clínica relevantes para el estudio, y se formularon cuatro hipótesis acerca del cambio clínico.

Dentro de los aspectos metodológicos, se presenta el diseño y el procedimiento de investigación, los participantes, el instrumento de medición, y los métodos de análisis de datos.

En el apartado Presentación y Análisis de resultados se encuentra la descripción de las características clínicas de la muestra en estudio, así como los resultados de la comprobación de hipótesis.

Finalmente, se discuten los resultados a partir de la literatura de referencia, se señalan las potencialidades y limitaciones del estudio, y se indican proyecciones para futuras investigaciones.

II. MARCO TEÓRICO

2. 1 ACERCA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La Personalidad se concibe actualmente como “un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo”. (Millon y Davis, 1998)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 1994) señala que los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Se define un trastorno de personalidad como un “patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”. Los síntomas de un trastorno de la personalidad son aloplásticos, es decir, son capaces de alterar y adaptar el ambiente externo, y egosintónicos, es decir, son aceptados por el sujeto; las personas con un trastorno de la personalidad no se sienten ansiosas debido a sus conductas desadaptativas. (Kaplan, H., 1996)

Millon y Davis (1998) se refieren a un patrón de personalidad patológico, cuando las estrategias alternativas utilizadas para lograr objetivos, para relacionarse con los demás y enfrentarse con el estrés, son escasas y se practican con rigidez (*inflexibilidad adaptativa*), cuando existe una fragilidad o falta de resistencia en condiciones de estrés (*estabilidad lábil*) y cuando las percepciones, las necesidades y los comportamientos habituales perpetúan e intensifican dificultades preexistentes (*círculos viciosos*). Los patrones de personalidad patológicos serían en sí mismos patogénicos, es decir, generan y perpetúan dilemas ya existentes, provocan nuevas situaciones difíciles y ponen en marcha secuencias autodestructoras haciendo que las dificultades ya existentes no sólo se mantengan sino que se agraven.

Una de las cuestiones fundamentales en el estudio de la personalidad tiene relación con las unidades básicas en que ésta debe ser organizada. El problema de cuáles son las mejores unidades de análisis para evaluar las posibilidades que se observan en el ámbito clínico, se ha respondido tradicionalmente con la controversia entre categorías y dimensiones. Una tercera respuesta relativamente reciente a esta controversia, la constituyen los prototipos, los cuales son una innovación diagnóstica adoptados por primera vez de forma implícita en el DSM-III. Por diferentes razones, los modelos prototípicos se han convertido en el esquema preferido para representar los trastornos de personalidad.

Un prototipo consiste en "las características o propiedades más comunes de los miembros de una categoría y describen, por tanto, un ideal teórico a través del cual puede evaluarse a la gente real. Se considera que todas las propiedades del prototipo caracterizan al menos a algunos miembros de la categoría, pero que ninguna propiedad es necesaria ni suficiente para formar parte de la categoría. De este modo, es posible que ninguna persona real se adapte perfectamente al prototipo teórico. En vez de esto, diferentes personas se aproximarían en distintos grados. Cuanto más se aproxime una persona al ideal, más tipificará el concepto". (Horowitz y cols., 1981, cit. en Millon 1998).

El constructo prototipo reconoce la heterogeneidad explícita de los pacientes que sufren trastornos de la personalidad. Los casos prototípicos puros son extremadamente raros; la mayoría de los pacientes cumplen los criterios para múltiples trastornos y también pueden presentar características subclínicas de otros estilos de personalidad.

Según Millon y Davis (1998) el concepto de sistema ofrece el nivel óptimo de análisis en el estudio de la personalidad. Por definición, un sistema es un constructo integrador que contiene elementos estructurales y funcionales, en el cual la parte y el todo se unen mediante procesos autorreguladores. La unidad de análisis apropiada en los sistemas es la limitación, entendida como aquello que actúa para disminuir el número de estados o configuraciones que pueden asumir otras partes del sistema.

Se considera que cada trastorno de personalidad posee una caracterización distintiva, ciertos elementos clínicos específicos o ámbitos de diagnóstico prototípico, que pueden ser organizados sistemáticamente de forma similar a las distinciones efectuadas en la esfera biológica, es decir, dividiéndolos en atributos estructurales y funcionales.

2.1.1 Ámbitos funcionales

Las características funcionales representan procesos dinámicos que se sitúan en el mundo intrapsíquico y entre el Sí mismo individual y el entorno psicosocial. Los procesos transaccionales tienen lugar por medio de los ámbitos funcionales. A modo de definición, se puede decir que los ámbitos funcionales representan "formas de expresión de acciones reguladoras": comportamientos, conducta social, procesos cognitivos y mecanismos inconscientes que guían, ajustan, transforman, coordinan, equilibran, descargan y controlan el intercambio entre la vida interna y la externa. (Millon y Davis, 1998)

Los cuatro ámbitos funcionales relevantes para los trastornos de personalidad son:

1. Comportamiento observable:

Estos atributos hacen referencia al “nivel comportamental” de los datos y suelen ser registrados mediante la observación de qué hace y cómo actúa el sujeto. Las observaciones del comportamiento manifiesto permiten, a través de la inferencia, deducir qué revela inconscientemente el sujeto de sí mismo o, por el contrario, qué desea que los otros piensen o sepan de él.

2. Comportamiento interpersonal:

El estilo de relacionarse con los demás se manifiesta esencialmente en el nivel “comportamental” de los datos y puede registrarse de varias formas, por ejemplo, de qué manera las acciones del sujeto deliberadas o no, inciden en los demás; las actitudes que subyacen, promueven y dan forma a estas acciones; los métodos que utiliza para relacionarse con los demás con el fin de satisfacer sus necesidades, o la forma de afrontar las tensiones y los conflictos sociales.

Los pacientes con desorden del carácter muestran una alteración en la conducta interpersonal y adaptativa en un nivel manifiesto. Estas alteraciones de la conducta usualmente son repetitivas e independientes del contexto específico o de la relación. Esto es, la persona se comporta de una manera estereotipada e inobservante, guiada más por temáticas y necesidades internas, que por una evaluación de acuerdo con la situación. Estos patrones de interacción difieren de paciente a paciente y de diagnóstico a diagnóstico. La conducta desadaptada puede ser abiertamente agresiva o pasiva, evitativa, dependiente, autoanulante, errática, compulsiva, etc. Otros tipos específicos de conducta pueden ser parte también de estos desórdenes, pero el punto central es, que la presencia de tales patrones fijos de acción y conducta es típico de la patología del carácter (Gold y Stricker, 1993)

3. Estilo cognitivo:

La manera que tiene el sujeto de centrar y distribuir su atención, de codificar y procesar la información, de organizar sus pensamientos, de hacer atribuciones, y de comunicar reacciones e ideas a los demás, se encuentra entre los indicadores más útiles del funcionamiento distintivo de cada sujeto. A partir de la síntesis de estos signos y síntomas, es posible identificar indicadores de lo que se ha denominado estilo empobrecido, pensamiento distraído, inconstancia cognitiva o pensamiento constreñido.

Los desórdenes del carácter se caracterizan por formas rígidas y fijas de procesar la información externa y de reaccionar e integrar los estados afectivos y motivacionales internos. Estas estructuras cognitivas y perceptuales provocan que la persona exagere, tergiverse, evite o distorsione la información externa y la experiencia interna en formas regulares que son reconocibles y repetitivas para cada sujeto. Similares a estos temas estructurales son las creencias fijas acerca de particulares experiencias interpersonales (por ejemplo, intimidad, sexualidad, separación, u hostilidad) que hace que estas experiencias sean muy accesibles o muy evitables. (Gold y Stricker, 1993)

4. Mecanismos de defensa:

Los mecanismos de defensa son tácticas que el yo utiliza, sin que la persona se percate de ello, para falsificar y distorsionar vivencias amenazadoras, impulsos, conflictos e ideas, con el fin de aliviar la tensión.

Debido a que los mecanismos de defensa son procesos internos, son más difíciles de discernir que los procesos más cercanos a lo observable. Por tanto, su forma pura no es susceptible de evaluación directa a partir de la expresión verbal, sino que implica inferencias probablemente muy distantes de los conflictos nucleares que los generan. Por definición, estos mecanismos de regulación dinámica participan y transforman las realidades externa e interna antes de poder entrar en la conciencia. Cuando son representados de forma crónica suelen

perpetuar una secuencia de acontecimientos que intensifica los mismos problemas que intentan resolver.

2.1.2 Ámbitos estructurales

A diferencia de las características funcionales, los atributos estructurales del sistema de la personalidad, representan patrones fuertemente incrustados de recuerdos, actitudes, necesidades, temores, conflictos, esquemas y así sucesivamente, que dirigen la experiencia y transforman la naturaleza de los acontecimientos vitales. Estas estructuras psíquicas tienen un efecto orientativo y preventivo, mediante el cual la acción y el impacto de las experiencias posteriores se alteran en la dirección de las inclinaciones y expectativas preformadas. Una vez que se han asentado las estructuras psíquicas, es difícil transformarlas o eliminarlas.

A modo de definición, puede decirse que los ámbitos estructurales son "sustratos y disposiciones a la acción de naturaleza casi permanente", que poseen una red de interconexiones. Estas estructuras, contienen los residuos internalizados del pasado en forma de recuerdos y afectos que se asocian intrapsíquicamente con las concepciones del Sí mismo y de los otros. (Millon y Davis, 1998)

Los cuatro ámbitos estructurales relevantes son:

1. Autoimagen:

Bandura (1987) define el autoconcepto como una visión compuesta de uno mismo formada a través de experiencias directas y de las evaluaciones realizadas por otras personas importantes para el individuo. El autoconcepto contribuye a comprender cómo el individuo desarrolla actitudes hacia sí mismo y como éstas autoactitudes pueden influir en su actitud mental hacia la vida. La identidad de sí mismo emana en gran medida de las concepciones formadas en los primeros años. Esto es especialmente significativo en cuanto proporciona una

base estable que sirve de guía y da continuidad a la experiencia cambiante. La mayoría de las personas poseen un sentido implícito de quiénes son, pero difieren extremadamente en cuanto a la claridad, la precisión y la complejidad de las introspecciones sobre sí mismos.

2. Representaciones objetales:

Las teorías psicodinámicas del desarrollo del carácter, sugieren que en un individuo, las formas duraderas de pensamiento, sentimiento y de la construcción del self y de los otros, son establecidas en los primeros años de vida (Kohut, 1971; Reich, 1949; Winnicott, 1971 cit en Gold. y Stricker, 1993).

Las tempranas interacciones con los padres y otros adultos significativos pueden provocar ansiedad u otras experiencias disfóricas llevando a una tergiversación permanente de la manera en que el niño ve a las personas particulares, y los afectos, fantasías, y motivos que fueron asociados con estos dolorosos encuentros. Cuando este tipo de interacciones dominan la vida temprana del niño, las representaciones del self y de los otros se restringen y quedan marcadas por las limitaciones y disforia de estos encuentros. Estas representaciones usualmente son inconscientes y de naturaleza múltiple, sin embargo son estructuras psicológicas dominantes en las interpretaciones y estructuración de la experiencia del niño. Como resultado, las estructuras cognitivas conscientes, los patrones de conducta y de interacción con los otros están limitados y distorsionados por los eventos y relaciones tempranos. El aprendizaje social de una naturaleza correctiva y positiva es difícil, sino imposible, debido a que los pacientes no buscan, y no pueden asimilar, información sobre sí mismos y sobre los otros que no se corresponda con sus prototipos inconscientes.

Kernberg (1987) define la calidad de las relaciones objetales, como la estabilidad y profundidad de las relaciones del sujeto con los otros significantes según se manifiestan por la calidez, dedicación, interés, y tacto. Otros aspectos cualitativos de las relaciones objetales 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 objetales es en gran parte dependiente de la integración de la identidad, lo cual incluye no solo el grado de integración sino también la continuidad temporal del concepto del sujeto sobre sí mismo y los demás.

3. Organización morfológica:

Se refiere a la fuerza estructural, a la congruencia interior y a la eficacia funcional del sistema de personalidad. La arquitectura global que sirve de estructura para el interior psíquico del individuo puede ser débil, en cuanto a su cohesión estructural, presentar una coordinación deficiente entre sus componentes y poseer pocos mecanismos para mantener el equilibrio y la armonía, regular los conflictos internos o manejar las presiones externas. Así, sus atributos de organización distintivos se representan con descriptores como incompleto, inconexo o compartimentado.

4. Estado de ánimo/temperamento:

Pocos aspectos observables son más clínicamente representativos del nivel biopsíquico de análisis de datos que el carácter predominante del afecto de una persona y la intensidad y frecuencia con que se expresa. Las características expresivas del estado de ánimo y de los impulsos no se identifican únicamente mediante palabras como turbado, lábil, inconstante u hostil -obtenidas mediante autoinforme-, sino que también se revelan aunque de forma indirecta, en el nivel de actividad, la cualidad del discurso y la apariencia física del sujeto.

2.2 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

2.2.1 Introducción

El término "límite" se ha empleado de diversas maneras, muy distintas de lo que se entiende por trastorno límite de la personalidad en el DSM-IV. En su breve historia, el término ha tenido diversos usos y significados. Inicialmente se empleaba cuando el terapeuta no tenía un diagnóstico seguro porque el cliente presentaba una mezcla de síntomas neuróticos y psicóticos. Muchos clínicos pensaban que estos sujetos estaban en el límite entre la neurosis y la psicosis. Esta palabra además, se ha empleado para designar a los pacientes considerados difíciles de diagnosticar o tratar. También, el término límite se ha interpretado como "casi psicótico", a pesar de la falta de apoyo empírico para esta concepción del trastorno. (Beck y Freeman, 1995)

Dentro de la literatura psicodinámica, Kernberg (1979) se ha referido al concepto de organización fronteriza de la personalidad, dentro del cual se incluyen un grupo de constelaciones psicopatológicas que comparten una forma bastante específica y notablemente estable de patología de la estructura yoica. La denominación fronterizo se ha reservado para aquellos sujetos que presentan una organización caracterológica crónica que no es ni típicamente neurótica ni típicamente psicótica y que está caracterizada por: 1) típicas constelaciones sintomáticas donde incluye ansiedad, neurosis polisintomática, tendencias sexuales perverso-polimorfas, estructura de personalidad prepsicótica clásica, neurosis impulsivas y adicciones, desórdenes caracterológicos de nivel inferior; 2) una constelación típica de maniobras defensivas del Yo; 3) una patología característica de las relaciones objetales internalizadas; y 4) rasgos genético-dinámicos típicos. En esta patología de la personalidad se mantiene intacta la prueba de realidad. Existe una carencia de una identidad integrada o síndrome de difusión de identidad.

La reciente inclusión del Trastorno Límite de la Personalidad como entidad diagnóstica oficial en el DSM-III, ocurrió en medio de una considerable diferencia de opiniones. Aunque algunos teóricos habían formulado el concepto límite como si representase un nivel de organización de la personalidad (Kernberg, 1967, 1970, cit. en Millon 1998) o un nivel de gravedad (Millon, 1969; Stone, 1980 cit. en Millon y Davis, 1998) más que un tipo específico de carácter que posee características distintivas, el Grupo de Trabajo del DSM-III eligió esto último y aplicó la denominación a una entidad sindrómica definida.

Se ha señalado que el diagnóstico del trastorno límite ofrece dificultades de diversa índole, dentro de las cuales se incluye: diferenciación de otros trastornos de personalidad (por ejemplo, histriónica, antisocial, narcisista) y de otras patologías (distimia, ciclotimia, trastorno bipolar); comorbilidad con otras patologías (particularmente con depresión mayor); marcada heterogeneidad sintomatológica (manifestaciones afectivas, esquizotípicas, impulsivas); naturaleza fluctuante de los síntomas; dificultad para distinguir rasgos permanentes de estados transitorios, etc. (Silva, 1993).

De modo paulatino, esta entidad clínica se ha ido perfilando como una categoría diagnóstica separada que en la actualidad es objeto de considerable estudio e interés. El DSM-IV menciona como característica esencial del Trastorno Límite de la Personalidad, un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos. Se exige el cumplimiento de cinco (o más) criterios para poder efectuar el diagnóstico de este trastorno. (Tabla N°1)

Tabla N°1: Criterios para el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad

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

Tomado de DSM-IV, APA, 1994

Los criterios del DSM-IV se agrupan en cuatro ámbitos clínicos. En el ámbito interpersonal se registra un criterio (2), así como en el ámbito cognitivo. (9). Dos criterios se relacionan con problemas de la autoimagen (3 y 7). Se presenta un criterio para las relaciones objetales (1). Por último, se especifican dos criterios relativos a la afectividad (6 y 8).

2.2.2 Características clínicas

A continuación se desarrollan los ámbitos de diagnóstico prototípico para el trastorno límite de la personalidad. Para esto, se ha tomado como referencia principal los aspectos funcionales y estructurales del modelo integrador de Theodore Millon. Para la revisión de los elementos clínicos que tienen un origen en la conceptualización psicodinámica, tales como, mecanismos de defensa y relaciones objetales, se ha tomado como fuente directa a Otto Kernberg, haciendo las distinciones terminológicas pertinentes.¹

¹ Cuando se utilicen adjetivos como (personalidad) límite o borderline, se estará haciendo referencia al Trastorno de personalidad definido según los criterios diagnósticos del DSM-IV. Mientras que, cuando se haga uso de adjetivos como (personalidad) limítrofe, o fronteriza se estará haciendo referencia a la organización patológica de la personalidad definida por Kernberg.

2.2.2.1 Comportamiento observable

Existen niveles elevados de inconsistencia e irregularidad, en todos los aspectos de su comportamiento. Su apariencia y su voz muestran este patrón de vacilación y facilidad para el cambio. Un día van vestidos de forma adecuada y atractiva, al día siguiente tienen un aspecto desastroso. Un día su voz es enérgica; al otro se expresan de forma dubitativa, lenta y con monosílabos. Estos individuos pueden presentar niveles de energía inusuales, que en ocasiones están provocados por explosiones súbitas e inesperadas de impulsividad.

2.2.2.2 Comportamiento interpersonal

Aunque estas personas necesitan atención y afecto, actúan de un modo imprevisiblemente contrario, manipulativo y lábil en sus relaciones interpersonales. Estos comportamientos paradójicos suscitan con frecuencia el rechazo en vez del apoyo que buscan desesperadamente. En una reacción frenética e imprevisible a su temor al abandono y a la soledad, se comportan de forma iracunda y explosiva poniendo en peligro su seguridad en vez de suscitar el cuidado que buscan.

Una consecuencia secundaria de la inseguridad y la inestabilidad de su propia identidad es que se vuelven excesivamente dependientes de los demás. No sólo necesitan protección y seguridad para mantener el equilibrio, sino que se vuelven también extraordinariamente vulnerables a la separación de estas fuentes externas de apoyo. Incapaces de valerse por sí mismos, temen la pérdida y suelen anticiparla cuando en realidad no se ha dado.

La intolerancia al abandono y el sentimiento de vacío y soledad, consecuencia del fracaso para mantener una relación de dependencia segura y gratificante, provocan ansiedad, conflictos, e ira. Como una válvula de seguridad, estas tensiones deben liberarse lentamente o a través de periódicas expresiones de ira dirigidas a los demás, sin un enfoque asertivo. Como

estas personas buscan bondad en aquellos de quienes dependen, intentarán expresar sus tensiones internas de un modo sutil e indirecto. La depresión es una de las expresiones encubiertas más frecuentes. Por tanto, la angustia, la desesperación y la resignación de estos pacientes sirven para liberar tensiones y externalizar el tormento que sienten en su interior. La depresión sirve de instrumento para frustrar a quienes les han "fallado" o les "exigen demasiado". Irritados por la "falta de consideración" de los otros, estas personas emplean su tristeza y su melancolía como vehículo para "devolver la pelota" o "dar una lección". Además, exagerando su indefensión, evitan las responsabilidades, depositan las cargas en los demás y hacen que sus familias cuiden de ellos y se sientan culpables. Igualmente, las amenazas suicidas, el juego patológico y los actos autolesivos que realizan de forma impulsiva, se convierten en instrumentos con los que castigar, una forma de amenazar a los otros con problemas futuros debido a su negligencia y falta de conciencia. Estos comportamientos autolesivos se han entendido también como el deseo de castigarse a sí mismos o de aliviar la culpa, o como el deseo de apartar otras obsesiones aún más aversivas. (Beck y Freeman, 1995).

Se ha señalado como indicaciones posibles del trastorno límite de la personalidad en las relaciones interpersonales: 1) una falta de relaciones íntimas estables, tal vez enmascarada por relaciones estables no íntimas o por relaciones estables mientras no sea posible una intimidad total; 2) una tendencia a idealizar o denigrar a los demás, con cambios abruptos de la idealización a la denigración; 3) una tendencia a confundir intimidad con sexualidad. (Beck y Freeman, 1995).

2.2.2.3 Funcionamiento Cognitivo

El estilo cognitivo de estos sujetos es caprichoso. Es característico que experimenten cambios rápidos, fluctuaciones y percepciones o pensamientos opuestos en relación con

personas y acontecimientos pasados. No sólo experimentan emociones contrarias, sino que manifiestan actitudes ambivalentes hacia sí mismos y hacia los demás; por ejemplo, pueden sentir amor hacia su cónyuge en un momento dado, después sentir rabia y finalmente culpa.

Uno de los principales problemas de los sujetos límite es la falta de propósitos o de una dirección consistente que moldee sus actitudes, comportamientos o emociones. Incapaces de dar coherencia a su existencia, tienen pocos anclajes o puntos de referencia para coordinar sus impulsos o conductas dirigidas a un objetivo. Parecen tener deteriorados sus procesos primarios de pensamiento. Bajo la presión de estos afectos e incapaces de mantener una dirección clara se produce una regresión a un proceso de pensamiento cuasi psicótico, que se refleja en ocasiones en una ideación cuasi paranoide y síntomas disociativos graves.

Beck y Freeman (1995) señalan que en los sujetos límite se suelen descubrir tres supuestos básicos que parecen desempeñar un papel central en el trastorno: "El mundo es peligroso y malo", "Soy impotente y vulnerable" y "Soy intrínsecamente inaceptable". Algunas personas que ven el mundo como peligroso y malo creen que pueden confiar en su propia fuerza y capacidad para enfrentarse a las amenazas. Pero la creencia de los sujetos límite de que son débiles e impotentes les impide acceder a esta solución. Otros individuos que creen no ser capaces de enfrentarse con eficacia a las exigencias de la vida cotidiana, resuelven su dilema haciéndose dependientes de alguien que consideran capaz de cuidarles. En cambio, la creencia de los sujetos límite de que son intrínsecamente inaceptables bloquea esta opción, pues les lleva a pensar que la dependencia entraña un serio riesgo de rechazo.

Los individuos límite pueden experimentar toda la gama de distorsiones cognitivas, pero una particular, que Beck llama "pensamiento dicotómico", es muy común en ellos y especialmente problemática. El pensamiento dicotómico tiende a evaluar las experiencias en términos de categorías mutuamente excluyentes (por ejemplo, buenas o malas, éxito o fracaso) y no a verlas distribuidas en continuos. Puesto que faltan las categorías intermedias, este modo de pensar en "blanco o negro" impone la interpretación extrema de acontecimientos que

normalmente caen en la zona central de un continuo. Según la concepción cognitiva, la evaluación extrema de las situaciones lleva a respuestas emocionales y acciones también extremas.

La combinación del pensamiento dicotómico con los supuestos básicos del sujeto límite es particularmente poderosa. Muchas personas encuentran que la vida cotidiana presenta una variedad de riesgos y amenazas, y toleran bien ese conocimiento. Pero el pensamiento dicotómico da como resultado la concepción del mundo como completamente benigno o absolutamente destructor. De modo análogo, todas las personas tienen defectos y carencias, y la mayoría de los individuos aceptan este hecho. En cambio, la categorización dicotómica que los sujetos límite se aplican a sí mismos tanto como a los demás, en el sentido de que son perfectos o completamente inaceptables, les conduce a la conclusión de que, si tienen cualquier carencia, no valen absolutamente nada. La convicción de que son intrínsecamente inaceptables les lleva a pensar que tienen que ocultar el hecho para lograr ser aceptados. Entonces evitan la intimidad y la apertura, por miedo a ser "descubiertos". Cuando esto impide satisfacer el deseo de contacto y seguridad, el pensamiento dicotómico hace inferir fácilmente que "Nunca conseguiré lo que quiero"; "Nada vale la pena". Además, como el sujeto límite se oculta para evitar el rechazo, nunca tiene la oportunidad de descubrir que no es intrínsecamente inaceptable. (Beck y Freeman, 1995)

2.2.2.4 Representaciones objetales

En su análisis genético dinámico de las personalidades, Kernberg (1979) señala que para llegar a la internalización de las relaciones objetales, hay dos tareas esenciales que el Yo temprano debe cumplir en rápida sucesión: (1) la diferenciación entre imágenes de sí mismo e imágenes objetales y (2) la integración de imágenes de sí mismo y de los objetos de origen libidinal y agresivo. En la segunda tarea, las imágenes objetales idealizadas y "totalmente

buenas” deben ser integradas con las imágenes objetales “totalmente malas”, y el mismo proceso debe cumplirse con las imágenes buenas y malas de sí mismo. En el curso de esta síntesis, las imágenes parciales de sí mismo y los objetos van integrándose hasta formar representaciones totales de sí mismo y de los objetos que en virtud de este proceso, acentúan su recíproca diferenciación y su semejanza con la realidad.

En la personalidad fronteriza la principal deficiencia del desarrollo radica en este caso en la incapacidad de sintetizar introyecciones e identificaciones positivas y negativas; existiendo asimismo una falta de capacidad para reunir imágenes de sí mismo y de los objetos de origen agresivo y libidinal.

Kernberg (1979) ha señalado que entre los factores patógenos constitucionales, quizás los más importantes sean la falta de tolerancia a la ansiedad que obstaculiza la síntesis de introyecciones de signo opuesto y, sobre todo la gran intensidad de los derivados de los instintos agresivos. El exceso de agresión podría derivar tanto de la excesiva intensidad de origen constitucional de los instintos agresivos como de graves frustraciones tempranas.

Este autor ha señalado que es frecuente que la historia de los pacientes con personalidad fronteriza consigne situaciones de frustración extrema e intensa agresión en los primeros años de vida. La literatura especializada tiende a confirmar esta hipótesis. Herman (1986) encontró que el 75% de su muestra de borderline diagnosticada según el DSM-III, reportaba una historia de abuso físico y/o sexual (Herman cit. en Heimann y Habinger, 1993). En estudios más recientes Goldman y cols. (1992) encontraron que el 38,6% de los niños con trastorno de personalidad borderline presentaron una historia de abuso. Ellos obtuvieron altos puntajes tanto en abuso físico como en la combinación de abuso físico y sexual. Sin embargo, los autores consideran que la prevalencia de abuso podría estar subestimada debido a que por una parte, la información acerca de las historias de abuso fue obtenida tanto de los niños como de sus familias en el contexto de una evaluación psiquiátrica general, en la cual el abuso no fue referido completamente, ya que las familias abusivas tienden a mantener el secreto de estas

actividades y los niños son a menudo forzados a mantener silencio. (Finklehor 1984 cit. en Goldman 1992). Por otra parte, la mayoría de los pacientes que participaron en este estudio fueron hombres (3:1).

Zanarini (1989 cit. en Heimann y Habinger 1993) observó que el desarrollo del trastorno de personalidad borderline está más fuertemente asociado con: 1) una exposición a cuidadores crónicamente perturbados más que a una separación prolongada de esos mismos adultos y 2) una historia de abuso más que a una historia de negligencia.

Todas las características de las relaciones objetales internalizadas se reflejan en los típicos rasgos caracterológicos de la personalidad fronteriza. Estas personas presentan escasa capacidad para evaluar de manera realista a los demás y para entablar con ellos una relación de verdadera empatía; experimentan a las otras personas como objetos distantes a quienes se adaptan de un modo "real" siempre que no tengan un compromiso emocional con ellos. Toda situación que en circunstancias normales deriva en una vinculación interpersonal más profunda, revela su incapacidad de vivenciar o empatizar con los demás, su percepción distorsionada de éstos y la superficialidad de sus vínculos interpersonales.

El déficit en la capacidad para formar relaciones objetales "totales" se pone de manifiesto en su intolerancia a las relaciones ambivalentes hacia los objetos. Kernberg (1979) considera que la medida en la que los sujetos fronterizos toleran la simultaneidad de amor y odio hacia una misma persona, sin oscilar de un extremo a otro de las reacciones emocionales, habla de un pronóstico favorable en cuanto a la cualidad de sus relaciones objetales.

2.2.2.5 Mecanismos de defensa

El déficit en la síntesis de las imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos, tiene innumerables consecuencias patológicas. La necesidad de salvaguardar al sí mismo bueno, a las buenas imágenes objetales y a los buenos objetos externos ante la peligrosa

presencia del sí mismo y las imágenes objetales totalmente malas, hace entrar en acción una serie de defensas subsidiarias.

La personalidad fronteriza se caracteriza por una predominancia de operaciones defensivas primitivas, en especial el mecanismo de escisión. 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, pero al costo de debilitar el funcionamiento del Yo, reduciendo por lo tanto su efectividad adaptativa y flexibilidad. (Kernberg, 1987)

Las maniobras defensivas características de la organización límite, se describen a continuación:

1. *Escisión*: es una operación de defensa esencial en la personalidad fronteriza, que subyace a todas las que siguen. El término "escisión" se refiere al proceso activo de mantener la separación entre las introyecciones e identificaciones de calidad opuesta. Kernberg (1979) ha sugerido que la integración o síntesis de las introyecciones o identificaciones de signo opuesto es el más importante factor de neutralización de la agresión (ya que, como parte de dicha integración, se produce la fusión y organización de los derivados de instintos libidinales y agresivos) y que una de las consecuencias de los estados patológicos caracterizados por un exceso de escisión es que no se logra un suficiente grado de neutralización, haciendo fracasar así una fuente de energía esencial para el crecimiento yoico.

La manifestación más clara de escisión es la división de los objetos externos en "completamente buenos" y "completamente malos", con la posibilidad de cambios completos, abruptos, de un objeto, desde un compartimiento extremo al otro, o sea, virajes repentinos y completos de todos los sentimientos y conceptuaciones sobre una persona particular. La oscilación repetitiva extrema entre conceptos contradictorios del sí mismo es otra manifestación del mecanismo de escisión. (Kernberg, 1987)

2. *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 tendencia a ver los objetos externos como totalmente buenos permite poder contar con su protección contra los objetos "malos" y asegurarse de que no habrán de ser contaminados, dañados, o destruidos por la agresión propia o la proyectada en otros objetos. La idealización primitiva es la expresión directa de una fantasía primitiva que opera como estructura protectora, en la cual no hay verdadera estima por el objeto ideal, sino una simple necesidad de protección contra un mundo de objetos peligrosos. (Kernberg, 1979)

3. *Tempranas formas de proyección, en especial Identificación proyectiva*: la identificación proyectiva puede ser vista como una forma temprana del mecanismo de proyección (el que tiene como propósito externalizar las imágenes del Sí mismo agresivo y las de los objetos de iguales características). Sin embargo, la identificación proyectiva difiere de la proyección en tanto que el impulso proyectado en el objeto externo no aparece como algo ajeno y distante del Yo. Al persistir la conexión del Sí mismo con el impulso proyectado, aquél "empatiza" con el objeto. La ansiedad que en un primer momento llevó a proyectar el impulso agresivo en un objeto se transforma después en temor a éste, acompañado de la necesidad de controlarlo para evitar que ataque al Sí mismo. Como consecuencia del funcionamiento del mecanismo de proyección, se produce un desvanecimiento de los límites entre el Sí mismo y el objeto (pérdida de los límites yoicos), ya que parte del impulso proyectado sigue estando presente dentro del Yo, causando una confusión entre el Sí mismo y el objeto. Aunque en las personas con una organización limítrofe, los límites yoicos están lo bastante desarrollados como para poder diferenciar entre el Sí mismo y los objetos en la mayoría de los aspectos de su vida, la misma intensidad de sus tendencias proyectivas debilita los límites del yo en el área de la proyección de la agresión. (Kernberg, 1979)

4. *Negación*: la negación en los sujetos límite se ejemplifica en forma típica con la negación de dos áreas de conciencia emocionalmente independientes; se puede decir que la negación aquí solo refuerza la escisión. El sujeto se da cuenta de 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. Quizás, el individuo regrese más tarde a su anterior estado yoico y niegue el actual, pero no obstante recordarlo, será otra vez totalmente incapaz de ligar emocionalmente ambos estados. La negación puede manifestarse también 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 sujeto, 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 sujeto puede cerrarse a su experiencia subjetiva, protegiéndolo así de un área de conflicto potencial. (Kernberg, 1987)

5. *Omnipotencia y desvalorización*: ambos mecanismos están estrechamente conectados con la escisión y son al mismo tiempo manifestaciones directas del empleo defensivo de las introyecciones e identificaciones primitivas. Los sujetos que los utilizan suelen alternar entre la necesidad de establecer una relación de aferramiento con exigencias a un objeto "mágico" idealizado y la presencia subyacente de fantasías y actitudes que revelan el profundo sentimiento de su propia omnipotencia mágica. Ambos estados representan su identificación con un objeto "totalmente bueno", idealizado y poderoso, a modo de protección contra los malos objetos "persecutorios". Sin embargo, no existe verdadera "dependencia" en el sentido de amor y preocupación por el objeto ideal. La desvalorización de los objetos externos por lo tanto, es en parte un corolario de la omnipotencia. Cuando un objeto externo ya no puede proporcionar

gratificación o protección, es abandonado y dejado de lado, porque el sujeto no tiene verdadera capacidad de amor por este objeto.

Millon y Davis (1998), en su análisis de las defensas del sujeto límite, han señalado que la hostilidad expresada supone una seria amenaza para su seguridad. Experimentar resentimiento hacia los demás y dejar que este aflore es un peligro, ya que puede provocar en los otros hostilidad y rechazo, por lo que los sentimientos de cólera deben contenerse. Para conseguir este objetivo regulador, deben invertir sus impulsos hostiles. Por tanto, la agresividad hacia los demás se vuelve hacia sí mismos. En vez de liberar la cólera, se castigan y se desprecian, expresando abiertamente sentimientos de culpa y minusvalía. Desprecian sus capacidades y sus virtudes para diluir su agresividad, y, de paso, les aseguran a los demás que no tienen valor alguno y que, por tanto, no son adversarios para ellos. La autoanulación constituye un intento de controlar su propia hostilidad y la de los demás. Estas autoacusaciones condenatorias adquieren a veces proporciones delirantes y estos sujetos pueden rechazar cualquier esfuerzo racional por disuadirles de su culpabilidad. En estos casos, la lucha por la redención suele provocar comportamientos de automutilación y destrucción física.

2.2.2.6 Autoimagen

Kernberg (1979) ha señalado que el concepto integrado de sí mismo y las representaciones objetales vinculadas con aquél constituyen la identidad del Yo en su sentido más amplio. El uso de primitivas operaciones de defensa en la personalidad fronteriza, tiene consecuencias estructurales muy significativas. En primer lugar, el concepto de sí mismo no llega a integrarse, dando lugar al síndrome de difusión de la identidad y surge una crónica tendencia a depender excesivamente de objetos externos, con el fin de lograr cierta continuidad de acción, pensamiento y sentimiento en la relación con ellos. En segundo lugar, se desarrollan

rasgos caracterológicos contradictorios que representan imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos, lo cual aumenta el caos de los vínculos interpersonales.

Es típico que los sujetos límite experimenten la confusión propia de un sentido de la identidad inmaduro, nebuloso y oscilante, que suele acompañarse de sentimientos de vacío. Surgen experiencias subjetivas patológicas dolorosas y perturbadoras. Entre estas experiencias ocupan un espacio importante la sensación de vacío o futilidad de la vida, el desasosiego crónico, el hastío y la pérdida de la normal capacidad de experimentar la soledad y sobreponerse a ella.

Estos sujetos viven sin objetivos y son incapaces de canalizar sus energías o aptitudes, o de mantenerse en una posición que les proporcione una base para construir un sentido del sí mismo unificado y perdurable. Buscan redimir sus acciones precipitadas y cambiar sus modos debido al arrepentimiento por sus comportamientos autolesivos, los cuales tienen como función apartar su atención de la vivencia subjetiva interna.

La confusión acerca de las metas y prioridades les hace difícil trabajar con regularidad y eficacia para alcanzar metas no inmediatas, teniendo sobre todo en cuenta sus cambios emocionales abruptos. De esto resulta una ineficacia real y un bajo sentido de la propia eficacia, lo que a su vez lleva a una falta de motivación y de perseverancia, con un éxito aún más limitado cuando las condiciones son adversas. (Beck y Freeman, 1995). Bandura (1987) ha señalado que las expectativas de autoeficacia varían en cuanto a fuerza. Los sujetos con autopercepciones de eficacia débiles, las ven modificadas con facilidad por las experiencias desconfirmadoras con que puedan encontrarse, mientras que los sujetos con una creencia firme en sus competencias perseveran en sus esfuerzos de afrontamiento a pesar de las crecientes dificultades con las que puedan encontrarse. Cuanto más firme es la percepción de autoeficacia de un individuo, mayor es la tendencia de éste a elegir tareas que le resultan desafiantes, mayor es la probabilidad de que persista en ellas y mayor también la de que su rendimiento en

las mismas resulte satisfactorio. De este modo, es posible pensar que las expectativas de autoeficacia de los sujetos límite, son más bien débiles.

En otro ámbito, los clínicos comúnmente han observado que los pacientes con personalidad borderline tienen dificultades para recordar experiencias del pasado, las cuales frecuentemente se han interpretado como de naturaleza defensiva. Resultados preliminares obtenidos mediante la utilización de test neuropsicológicos (O'Leary y cols., 1991), sugieren que las dificultades de memoria experimentadas por pacientes borderline podrían no estar restringidas a defensas emocionales o material conflictivo, sino que representarían un más amplio déficit en el recuerdo de material complejo. Estos déficit de memoria podrían contribuir en las dificultades de los pacientes borderline para la mantención de un sentido continuo del Self y en el uso del pasado para responder a los eventos presentes y predecir consecuencias futuras.

2.2.2.7 Organización morfológica

El concepto estructural denominado "escisión" es especialmente adecuado para caracterizar la organización intrapsíquica del sujeto límite. Su mente comprende estructuras internas que existen en forma de configuraciones conflictivas y segmentadas. Existe una notable falta de orden, sistematización y congruencia entre los elementos de la mente. Los niveles de conciencia cambian con facilidad. Asimismo, se producen movimientos rápidos de un lado a otro de la frontera que separa percepciones, recuerdos y afectos contrarios. Esta falta de control y de cohesión produce cismas graves en el orden y la coherencia psíquicos que se manifiestan periódicamente, provocando una alta susceptibilidad a los episodios psicóticos transitorios relacionados con situaciones de estrés (Millon y Davis, 1998).

2.2.2.8 Estado de ánimo/temperamento

Una de las principales características de los sujetos límite es la intensidad de sus afectos y la variabilidad de sus acciones. La mayoría fracasan en adecuar su estado de ánimo a la realidad externa. Tienden a mostrar cambios marcados que van de la normalidad a la depresión o a la excitación. Se producen periodos de abatimiento y apatía que son interrumpidos por episodios de ira intensa e inapropiada, seguidos por breves momentos de ansiedad o euforia.

Son la imprevisibilidad y la impulsividad impetuosa lo que caracteriza el temperamento y las acciones de estas personas, más que la presencia de cambios repetitivos de las emociones, que oscilan de un extremo a otro. Esta cualidad lábil, caprichosa e insostenible contrasta con la regularidad cíclica de estados de ánimo contrarios que suele creerse que tipifica a estos sujetos. Estos individuos no esperan gratificación de los otros, toleran poco la frustración y enfrentan difícilmente las pérdidas o el afecto depresivo.

Para Linehan (1981, 1987 cit. en Beck y Freeman, 1995) la característica nuclear del trastorno límite de la personalidad es una "disfunción de la regulación emocional", de base probablemente fisiológica. Se cree que esa disfunción es la responsable de las dramáticas reacciones y los actos impulsivos exagerados del individuo límite. Una hipótesis adicional es que, en el curso de su desarrollo, estos individuos tienen una extensa experiencia con otros significativos que desestiman sus emociones e insisten en que el sujeto límite potencial ponga de manifiesto una "actitud positiva" a pesar de su malestar. Como resultado, estos individuos -ya proclives fisiológicamente a las respuestas emocionales desproporcionadas- reciben una educación inadecuada respecto de la regulación de las emociones.

Estudios empíricos han sugerido que algunos de los síntomas de los sujetos con personalidad límite tales como depresión, labilidad afectiva, hostilidad y suicidabilidad podrían

deberse a una disfunción en el sistema serotoninérgico (Coccaro. y cols. 1989; Muphy y cols. 1990; Goldberg y cols 1986, cit en Markowitz y cols. 1991).

Tabla N°2: Resumen de la Expresión del Trastorno Límite de la Personalidad en los diferentes ámbitos clínicos

Comp. Observa- Ble	Comp. In- terpersonal	Estilo cognitivo	Auto - imagen	Represent. objetales	Mecanismo de defensa	Org. morfo- lógica	Estado de ánimo y afectos
Irregular	Paradójico	Caprichoso	Insegura	Incompati- bles	Regresión	Dividida	Lábil

Extraído de Theodore Millon (1998), Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV

2.2.3 Prototipo de la Personalidad Límite de acuerdo al Modelo de las Polaridades de Millon

En el modelo y teoría evolucionista de Theodore Millon (1998) se hace referencia a tres polaridades básicas para el entendimiento de la personalidad: *placer-dolor*, *pasividad-actividad* y *sí mismo-otros*. La polaridad *placer-dolor* se relaciona con procesos de potenciación y preservación de la vida, siendo el primero la tendencia de los individuos hacia una mejor calidad de vida y el segundo la tendencia contra las acciones o entornos que la disminuyen o ponen en peligro la propia existencia. En muchos trastornos de la personalidad, las polaridades de dolor y placer no son significativas.

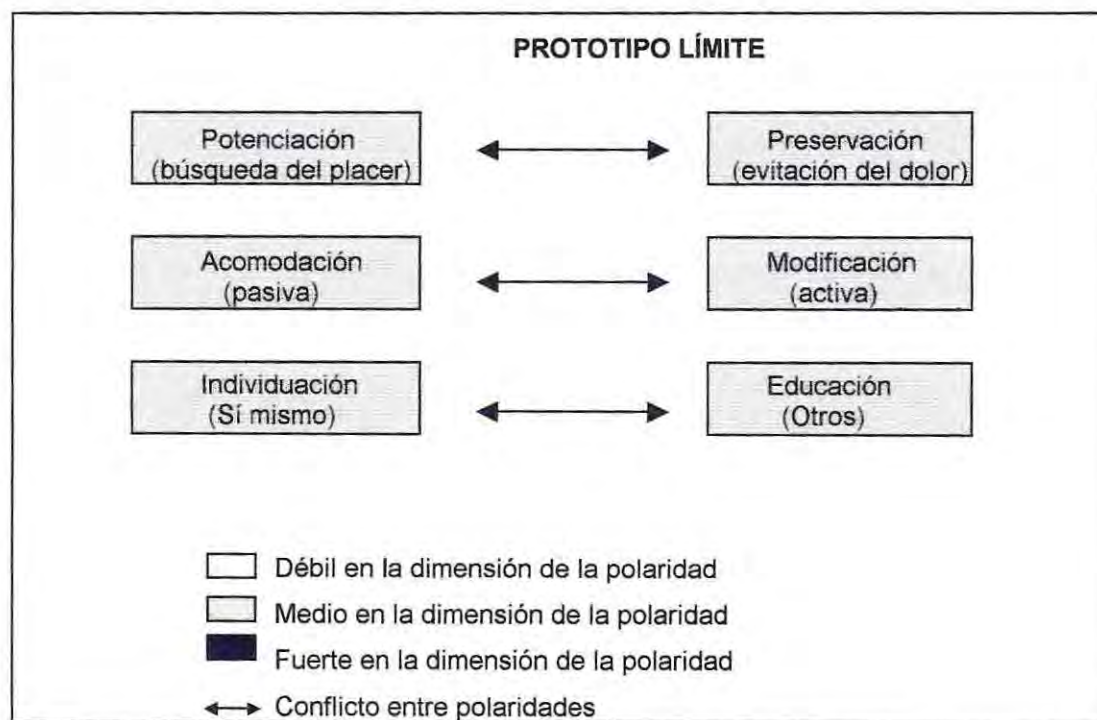
La polaridad *pasividad-actividad* se refiere a una orientación pasiva, es decir, la *acomodación ecológica* en el nicho ambiental, frente a una orientación activa, es decir, la *modificación ecológica* que supone la posibilidad de intervención o alteración del propio entorno.

La polaridad *sí mismo-otros*, se refiere a la tendencia a acciones individuales que los demás perciben como egoístas, insensibles, desconsideradas, descuidadas; versus la

tendencia hacia acciones orientadas hacia la educación que se consideran afiliativas, íntimas, protectoras y solícitas.

En el trastorno límite de la personalidad, las polaridades placer-dolor, pasividad-actividad y Sí mismo-otros, se encontrarían en conflicto, (tal como lo indican las flechas bidireccionales que las relacionan entre ellas en la figura 1). Esto explica la intensa ambivalencia y la inconsistencia que caracterizan al sujeto límite, su variabilidad emocional, su imprevisibilidad comportamental y la inconsistencia que manifiestan en sus sentimientos y pensamientos sobre los otros. Estos sujetos poseen inclinaciones disarmónicas y discordantes, debido a que cada polaridad es temporal y es suplantada rápidamente por su opuesta.

Figura 1: Prototipo límite.



Extraído de Millon y Davis (1998) Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM-IV

A partir de lo anterior surgen como objetivos estratégicos de la terapia de la personalidad límite, equilibrar las polaridades: reduciendo los conflictos entre dolor-placer, actividad-pasividad

y sí mismo-otros, así como contrarrestar la tendencia a la autoperpetuación, reduciendo la emocionalidad caprichosa, moderando las actitudes incoherentes y adaptando los comportamientos imprevisibles. El logro de estos objetivos se lleva a cabo a través de modalidades tácticas –técnicas psicoterapéuticas específicas- que buscan estabilizar el comportamiento interpersonal paradójico, reconstruir la autoimagen inestable y estabilizar los estados de ánimo lábiles. (Millon y Davis, 1998)

2.2.4 Comorbilidad con otros trastornos y síndromes

2.2.4.1 Comorbilidad con el Eje II

El trastorno límite se solapa considerablemente con los tipos negativista y el masoquista. En menor grado y reflejando las características más impulsivas y hostiles de ciertos sujetos límite, se observan conjunciones con los trastornos antisocial, sádico, e histriónico. Su tendencia a asociarse con los trastornos depresivo, evitador y esquizotípico de la personalidad refleja las características más introvertidas e intrapunitivas de algunos individuos límite.

2.2.4.2 Comorbilidad con el Eje I

Según el DSM-IV (APA, 1994) los trastornos que se presentan simultáneamente con más frecuencia son los trastornos del estado de ánimo, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia), el trastorno por estrés postraumático y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad.

En su análisis de la comorbilidad del Trastorno Límite de la Personalidad, Millon y Davis (1998) indican los siguientes síndromes del Eje I:

1. *Síndromes ansiosos*: en los sujetos límite se pueden observar breves erupciones de una emotividad incontrolable, así como frecuentes estados de *ansiedad generalizada*. Por distintas razones, desde las vulnerabilidades particulares a la inadecuación de las estrategias de afrontamiento, estos pacientes temen la inminencia de un desastre inevitable o se sienten sobrepasados o incapaces de soportar la presión de las fuerzas que surgen en ellos. Estas ansiedades pueden seguir a un período de estrés creciente en el que se acumulan sucesos que objetivamente no pasan de ser triviales, pero que son experimentados como devastadores. Existen otros períodos más intensos en los que puede declararse un *trastorno de angustia* franco. Los controles de estas personas se ven completamente desintegrados y el sujeto se ve arrastrado por impulsos irracionales y pensamientos extraños que suelen culminar en comportamientos caóticos, arranques de violencia, alucinaciones terroríficas, comportamientos suicidas, y así sucesivamente. Estos comportamientos extremos pueden diagnosticarse justificadamente como un *Trastorno Psicótico Breve* (categoría dentro de la clasificación de la esquizofrenia).

2. *Síndromes somatomorfos*: el principal objetivo de estos trastornos es bloquear la conciencia de la verdadera fuente de ansiedad del individuo. A pesar del alto precio que deben pagar al deteriorar el funcionamiento corporal, se mantienen relativamente libres de tensiones aceptando su discapacidad. La "elección" del síntoma y su significado simbólico reflejan el carácter particular de las dificultades subyacentes del individuo y las ganancias secundarias que desea conseguir. Tanto los problemas como las ganancias que buscan los sujetos límite surgen de sus vulnerabilidades básicas y de su estilo de afrontamiento habitual. Por ejemplo, un paciente límite cuya vida ha sido guiada por el temor al rechazo social, puede desarrollar una parálisis del brazo para controlar el impulso de golpear a alguien a quien detesta.

3. *Síndromes disociativos*: Las personalidades límite es probable que expresen breves pero muy intensos episodios de enfado durante los estados de *fuga psicógena*, los resentimientos reprimidos toman esta forma ocasionalmente y se manifiestan de modo abierto cuando el individuo se siente atrapado, confundido o traicionado. Además, es frecuente que durante estas fugas estas personas sean brutales consigo mismas y con los demás. Con mucha frecuencia, estas descargas violentas van seguidas de un retorno a su estado anterior. No obstante, en algunos casos estos sujetos se desintegran en uno u otro de los trastornos psicóticos más prolongados.

4. *Síndromes del estado de ánimo*: las expresiones directas y abiertas de hostilidad tienden a exhibirse sólo de un modo impulsivo, ya que estos individuos temen que sus acciones susciten el rechazo. Una de las principales formas de controlar esta ira es introyectando los resentimientos a través de trastornos hipocondríacos y episodios depresivos leves. Esto puede aliviar su estado de indefensión y futilidad, y crear en los demás sentimientos de culpa de modo que intenten prestar al sujeto la "justificada" atención y los cuidados que necesitan. Las expresiones de culpa y autorreproche se hacen evidentes cuando empiezan a hacer comentarios despreciativos sobre los propios defectos, su falta de valor, sus malas acciones, etc. Las amenazas veladas de suicidio y el escarnio al que se someten ellos mismos no sólo descargan la ira de estos sujetos, sino que provocan que los demás les perdonen y les aseguran su devoción y compasión.

Los individuos con un trastorno límite sucumben frecuentemente a las *depresiones mayores*. En la forma más inhibida de depresión obtienen cierto control sobre sus conflictos internos y sobre sus impulsos hostiles. La culpa y el desprecio se manifiestan por sus fracasos, sus actos impulsivos, sus pensamientos malvados y sus sentimientos inadecuados. Los sentimientos de vacío, aburrimiento y "muerte" también aparecen con frecuencia.

Los síntomas del trastorno del *estado de ánimo* del sujeto límite son bastante variados y se entremezclan, difiriendo en calidad y dependiendo de sus vulnerabilidades especiales. En esencia, son una composición de depresión y hostilidad, aunque no tan extremos como cuando lo que predomina es un afecto. Estos sujetos se lamentan de su estado y de su desesperada necesidad de que los demás atiendan sus molestias físicas, dolores e incapacidades. En otros, el cuadro depresivo se caracteriza menos por la presencia de actitudes críticas y exigentes y más por los sentimientos de vergüenza y culpa. En otros finalmente, lo más característico son las dudas ansiosas y las expresiones de odio sobre sí mismos, la preocupación por los desastres inevitables, los pensamientos suicidas, los sentimientos de minusvalía y las ideas delirantes de pecado y vergüenza. No obstante, los sujetos límite son especialmente proclives a las depresiones agitadas. Estos trastornos son una extensión de su estilo de personalidad.

Algunos de estos individuos, presentan períodos en los que aparece un *trastorno bipolar* similar a los estados *esquizaafectivos*, que se caracterizan por una corriente de ideas y emociones y un conjunto de pensamientos desconectados y comportamientos sin ningún objetivo. En algunos casos hay una exuberancia -una energía enorme y un humor muy jovial- que falta en el caso de los verdaderos tipos esquizofrénicos.

5. *Síndromes esquizofrénicos*: sin el apoyo externo y sin competencia interna, los sujetos límite pueden desintegrarse y sufrir un *trastorno esquizaafectivo*. Sin embargo, y en consonancia con la mayoría de los sujetos que presentan este trastorno, bajo su confusión y sus comportamientos extraños, podemos detectar una enorme necesidad de afecto y apoyo emocional. Por ejemplo, su regresión en conductas como la alimentaria y la defecación, refleja una búsqueda de cuidado y atención.

6. *Síndromes relacionados con sustancias*: existe una fuerte asociación en la sociedad contemporánea entre la personalidad límite y el abuso de sustancias. Esta asociación no

parece ser un elemento intrínseco de estos dos trastornos, pero sí indica el deseo de los sujetos límite de experimentar formas variadas de realidad y su esfuerzo por buscar una identidad que les proporcione alguna estructura para sus confusiones y sus impulsos divergentes.

Se ha señalado como factor que predispone al surgimiento de la bulimia nerviosa la existencia de una estructura de personalidad premórbida *borderline*, caracterizada por la inestabilidad afectiva, la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, un alto nivel de ansiedad y oscilaciones anímicas. (Behar, 2000). Algunos estudios han mostrado una prevalencia de trastorno de personalidad *borderline*, en pacientes bulímicas que oscila entre el 2% y el 44%. (Gwirtsman y col., 1983; Levin y Hyler, 1986; Pope y col., 1987 cit. en Heimann y Habinger, 1993)

2.2.5 Etiopatogenia del Trastorno Límite de la Personalidad

Tabla N°3: Etiopatogenia

Factores etiológicos	Descripción
Biológicos Hipotéticos	<p>Las disposiciones constitucionales del patrón Límite difieren en función de la variante del trastorno:</p> <p>1. <i>Subtipos desanimado y autodestructivo</i> (exacerbaciones de los estilos de personalidad depresiva y dependiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familias con un número desproporcionado de miembros débiles y con poca energía - Disposiciones temperamentales tétricas y melancólicas, que provocan calidez y sobreprotección parentales. - Constituciones físicas ecto o endomorfas, que generan déficit de las capacidades competitivas y pocos refuerzos positivos por los comportamientos de autoafirmación - Disfunciones y desequilibrios de los sistemas límbico, reticular y suprarrenal <p>2. <i>Subtipos impulsivo y petulante</i> (exacerbaciones de los estilos de personalidad histriónico y negativista):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familias en las que muchos miembros presentan una alta reactividad autonómica - Patrón infantil hiperrespondiente, lo que les expone a una considerable estimulación. - Mayor densidad y sensibilidad de los sistemas límbico, reticular y suprarrenal
Historia característica	Las historias características de los individuos límite también difieren en función de la variante del trastorno:

1. *Subtipos desanimado y autodestructivo:*

- Sobreprotección parental durante el período neonatal. Muchos se apegan desmesuradamente a una única figura cuidadora con la que desarrollan una dependencia simbiótica. Este vínculo temprano se mantiene, los padres no potencian la autonomía del niño. Los niños no desarrollan un sentido claro de la identidad genérica, viéndose a sí mismos como personas heterosexualmente confusas, débiles, inadecuadas o ineptas.
- Experiencias de pérdidas personales graves, que interrumpen la seguridad anterior y crean una sensación de indefensión y futilidad.
- Intentos de vincularse a nuevos "cuidadores" en etapas posteriores, que no han sido gratificantes, provocando mayores inseguridades y un incremento de las estrategias patológicas de afrontamiento.

2. *Subtipo impulsivo:*

- Experiencias variadas y enriquecedoras durante los primeros años de vida, que llevan a buscar una gran variedad de estímulos y excitación.
- Control parental mediante recompensas contingentes e irregulares
- Modelos parentales histriónicos y exhibicionistas
- Exposición a cambios rápidos en las normas parentales y en los valores sociales, que suele conducir a una orientación exteroceptiva.

3. *Subtipo petulante:*

- Inconsistencia parental, estos niños no fueron tratados de una forma previsible, fueron recompensados unas veces y castigados otras, ignorados, cuidados, explotados, negados, se les hicieron promesas y se abusó de ellos, y así sucesivamente sin ninguna razón que pudiesen identificar
- Padres que han sido modelos de vacilación, volubilidad e imprevisión
- Distancia entre los padres, lo que provocaba que sus lealtades fuesen cambiantes.
- Experiencias de abuso (sexual, físico o verbal) durante la infancia, que se complementan con elementos secundarios como la traición, vergüenza, culpa, así como la falta de poder.
- Fuerzas socioculturales: valores y prácticas inconsistentes en la sociedad, constantes cambios sociales y ambigüedad en las costumbres

2.3 EL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO

El campo de la psicoterapia como todo ámbito del conocimiento no ha estado exento de cambio a través de su desarrollo histórico. Es así como en las últimas décadas, surge lo que se conoce como el movimiento integrador en psicoterapia, que busca la constitución de un marco de diálogo que sustituya la lucha de escuelas, por un contexto cooperativo que permita encontrar propuestas integradoras más evolucionadas que los enfoques existentes (Feixas y Botella, 2001).

Aunque se pueden encontrar ejemplos aislados de propuestas eclécticas y/o integradoras desde los años 30, el movimiento integrador como hecho diferencial en psicoterapia no toma forma sino hasta la década de los 80. En esta época se crea en Norteamérica la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), que promueve el diálogo y la exploración de construcciones alternativas que integren las aportaciones ya existentes, en detrimento del dogmatismo de escuela.

Se han señalado diversos factores influyentes en la formación del movimiento integrador: (1) la necesidad de otorgarle unidad a un campo que ha venido experimentando una enorme diversificación debido a la gran cantidad de enfoques psicoterapéuticos, (2) la insatisfacción con las teorías y los resultados de los procesos terapéuticos, (3) la inadecuación de una forma única de psicoterapia para todos los problemas, clientes y situaciones, (4) la ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias, en este sentido, ningún enfoque se ha mostrado significativamente superior a los otros, (5) el "eclecticismo espontáneo" que se ha ido desarrollando entre los psicoterapeutas. En medio de tanta discusión teórica y clínica poco conducente, muchos terapeutas han optado por privilegiar a los pacientes, en el sentido de utilizar toda estrategia clínica aportativa "provenga de donde provenga", (6) una actitud menos dogmática de los psicoterapeutas. En la medida que las actitudes elitistas y/o prepotentes de cada enfoque no se han visto respaldadas al momento de evaluar los resultados clínicos, el dogmatismo inicial ha decaído. Finalmente, puede verse el movimiento integrador como una respuesta a influencias sociales, políticas y económicas diversas. Especialmente en los Estados Unidos donde la psicoterapia es financiada en parte por entidades aseguradoras, existe una gran presión para mejorar la calidad y acortar la duración de los tratamientos psicológicos. (Feixas y Botella 2001; Opazo 2001)

El movimiento integrador se ha ido perfilando fuertemente en los últimos años tanto en Europa como en los Estados Unidos y últimamente en América Latina. En línea con esta tendencia, en Chile Roberto Opazo ha desarrollado los cimientos de un Modelo Teórico y de

Intervención Psicoterapéutico Integrativo, con el cual trabajan e investigan, el equipo de profesionales del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI (Ex-CECIDEP)

El modelo integrativo propuesto por Roberto Opazo reúne los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, en una unidad coherente supraparadigmática. El eje integrador del Modelo es el sistema self -entendido como la esencia de la personalidad que expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica de la dinámica psicológica total-, el cual constituye el punto de confluencia de los subsistemas o paradigmas. En el modelo, predominan los continuos con acentuación y no las fronteras rígidas; así por ejemplo, una acentuación cognitiva no implica una ausencia total de afecto y viceversa. El sistema self, es a su vez, un continuo que va de lo más nuclear a lo más periférico que incluye a la persona en su totalidad.

Según el autor, el Modelo cumple una función ordenadora, en la medida que permite contextualizar los datos y comprender la función de las partes en el todo. Cumple con una función predictiva, enriqueciendo la predicción a partir del conocimiento de todos los elementos que tienen una influencia causal en el resultado terapéutico y del conocimiento de la función que cumplen esos elementos en la construcción de la experiencia. En tercer lugar, potencia las fuerzas de cambio, en la medida que incorpora principios de influencia provenientes de diferentes paradigmas. Cumple una función guiadora en la medida que facilita la selección de temáticas relevantes para la investigación y la génesis de preguntas relevantes para el conocimiento clínico.

Desde un punto de vista epistemológico, el Modelo Integrativo Supraparadigmático se adscribe al enfoque denominado "constructivismo moderado", que reconoce una realidad existente aunque limitada en sus posibilidades de acceso al sujeto cognoscente; que como producto del conocimiento no es ni una copia interna de una realidad externa ni una mera construcción en el lenguaje; lo que aplicado en el ámbito clínico implica reconocer que aunque el conocimiento del terapeuta sobre el paciente y sus problemáticas será siempre imperfecto;

puede evaluarse como más o menos válido, en la medida en que las distintas lecturas de esta realidad hacen un mayor o menor aporte a la predicción y al cambio en psicoterapia. (Opazo, 2001 cit. en Calderón 2001).

Este modelo aporta un marco general que fundamenta la psicoterapia integrativa, la que se puede delimitar como un proceso activo que se desarrolla en un contexto interpersonal. Este proceso es diseñado específica y deliberadamente como medio de influencia, la cual se ejerce a través de la génesis de experiencias novedosas en términos cognitivos, afectivos o conductuales, las que a su vez pueden ser correctivas y/o enriquecedoras. El propósito central de un proceso en Psicoterapia Integrativa es alcanzar objetivos entre cliente y terapeuta. La psicoterapia integrativa es nutrida por fuerzas de cambio provenientes del paciente, del terapeuta y de la relación. El terapeuta incorpora al proceso fuerzas de cambio específicas provenientes de los paradigmas biológico, ambiente/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. Estas son fuerzas que han contribuido a la explicación de la génesis de los desajustes psicológicos y a la predicción y al cambio en psicoterapia. Estos principios de influencia administrados flexiblemente en un contexto interpersonal y en función de las necesidades y objetivos del paciente, aportan a la psicoterapia materia prima que el sistema self del paciente transforma en estímulos efectivos; esto es, en experiencia movilizadora de cambio. Cuando la situación clínica lo amerita, el psicoterapeuta integrativo complementa la acción de cambio con técnicas específicas que apuntan a la superación de síntomas o problemas más específicos. La Psicoterapia Integrativa es, por lo tanto, un proceso creativo permanente basado en principios científicos.

2.4 NIVELES DESCRIPTIVOS Y ESCALAS CLÍNICAS DE LA FICHA FECI

Sobre la base del Modelo Integrativo Supraparadigmático, el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), ha desarrollado una Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)², la cual incorpora los seis paradigmas anteriormente mencionados.

En este apartado, se describen los constructos que fundamentan las escalas clínicas de la Ficha FECI consideradas en esta investigación, tomando como referencia lo señalado por la literatura psicológica.

2.4.1 Escalas Sistema Self

El self se ha entendido como un conjunto de conductas autorreferentes que consta de diversos procesos y momentos: primero, la autoobservación, luego la autoevaluación y por último el autorrefuerzo. Dentro de las conductas autorreferentes, se encuentran el autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia. (Fierro, 1996)

Dentro de la teoría cognitiva, Bandura (1987) ha señalado que además de actuar como guías e incentivos de la conducta, las autoevaluaciones influyen en el grado de satisfacción que obtiene el individuo a partir de sus actos. La autosatisfacción no sólo está determinada por los propios logros sino también por los criterios con los que se miden los logros. Los criterios elevados que no pueden alcanzarse fácilmente implican una gran autodecepción.

² La descripción de este instrumento se encuentra en el apartado Metodología

Autoimagen:

El autoconcepto o visión compuesta de uno mismo, se forma a través de experiencias directas y de las evaluaciones realizadas por otras personas importantes para el individuo (Bandura, 1987). La teoría cognitivo social define el autoconcepto negativo como una tendencia a devaluarse uno mismo, y el autoconcepto positivo como la tendencia según la cual el individuo tiende a evaluarse a sí mismo de forma favorable.

Las competencias y los criterios evaluativos varían en función de las ejecuciones en distintos ámbitos (por ejemplo social, intelectual, profesional) y pueden producir autoevaluaciones distintas. Las autoconcepciones pueden variar incluso en distintos aspectos de una misma área o actividad. A medida que aumenta la experiencia del individuo, sus autoconcepciones se vuelven más diferenciadas en función de las diferentes actividades. (Mullener y Laird, 1971 cit. en Bandura, 1987)

Autoestima:

La autoestima corresponde a la forma en que el individuo se evalúa a sí mismo. De aquellos individuos que expresan un sentido de escasez de valía se dice que tienen baja autoestima, mientras que de aquellos que manifiestan autoaprecio se dice que tienen alta autoestima. La autoestima depende del valor que la cultura del individuo otorga a las habilidades que éste posee y de la medida en que la propia conducta coincide con los criterios personales de valía. Los individuos que alcanzan o superan estos criterios se sienten complacidos consigo mismos, mientras que los que no consiguen este nivel se sienten disgustados. (Bandura 1987).

Básicamente hay dos tipos de problemas relacionados con la autoestima: situacionales y caracterológicos. La baja autoestima situacional tiende a mostrarse sólo en áreas concretas.

Por ejemplo, una persona puede sentirse socialmente inepta, pero considerarse fuerte y capaz en el ámbito profesional. Una baja autoestima caracterológica tiene habitualmente su raíz en las experiencias tempranas de abuso o abandono. La sensación de "maldad" es, en este caso, más global y tiende a afectar a muchas áreas de la vida. (Mckay y Fanning, 1991). Algunas de las formas en que puede generarse esta sensación son: 1) Ausencia frecuente o inasequibilidad de un cuidador primario que proporcione apoyo emocional. El niño experimenta esta carencia como abandono, y a algún nivel decide que no es digno de amor. La lógica emocional es más o menos así "Si me amasen no me dejarían; y si no me aman no soy digno de amor"; 2) El niño experimenta un alto nivel de privación y abuso, lo que genera rabia hacia los padres y culpa concomitante. La lógica emocional indica "Yo debería amar a mis padres; por eso, si los odio, soy malo"; 3) El niño es víctima de abuso sexual. La lógica emocional dice: "hago cosas secretas y malas que nunca debo contar; X quiere que haga esas cosas malas; yo debo ser malo"; 4) El niño es víctima de castigos extremos o caprichosos. La lógica emocional indica: "Debo ser muy malo para que me dañen así". 5) El niño es forzado a apoyar a un padre muy deprimido o narcisista. Todo lo que hace para satisfacer sus necesidades o funcionar independientemente, desencadena un rechazo extremo. El niño aprende así: "Mis necesidades son malas, mis sentimientos son egoístas". (Mckay y Fanning, 1991)

Lo que contribuye más significativamente a un sentimiento precoz de maldad es la sensación de que a uno le han abandonado. Son muchas las formas en que el niño puede recibir este mensaje, pero una vez internalizado tiene un impacto altamente destructivo sobre su sentido de sí mismo. El abandono - físico o emocional- resulta para el niño como un peligro extremo y para que suceda algo así, piensa que algo debe ir mal. Pocos niños son capaces de ver que la falta no está en ellos.

Autoeficacia:

La autoeficacia es entendida como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organiza y ejecuta sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. Por tanto, la autoeficacia no hace referencia a los recursos de que se disponga sino a la opinión que uno tenga sobre lo que pueda hacer con ellos. (Bandura, 1987)

La elección de actividades y de determinados medios sociales, está determinada en parte por los juicios de eficacia personal. El individuo tiende a evitar aquellas tareas y situaciones que cree que exceden sus capacidades, pero inicia y desarrolla aquellas otras que se considera capaz de dominar. Todo factor que influye en la elección de actividades puede afectar profundamente en el desarrollo personal del individuo. Las autopercepciones de eficacia positiva favorecen el desarrollo de actividades, contribuyendo por tanto, al crecimiento del número de competencias. Por el contrario, las percepciones de autoineficacia que inducen al individuo a evitar ciertos entornos y actividades que podrían resultarle enriquecedores, limitan el desarrollo de las capacidades e impiden que puedan ser corregidas tales autopercepciones negativas. (Bandura, 1987)

La autoeficacia percibida es otra faceta del pensamiento autorreferente que hay que distinguir de la autoestima, porque los dos conceptos representan fenómenos distintos, siendo la autoestima una evaluación del valor personal y la autoeficacia una evaluación de las capacidades. Los juicios de autovalía y de autocapacidad no guardan una relación uniforme. Así, el individuo puede considerarse muy eficaz en una actividad de la cual no deriva autoaprecio (por ejemplo estar bien capacitado en el manejo de idiomas) o bien juzgarse ineficaz en una actividad determinada sin que ello haga disminuir su sentido de autovalía (por ejemplo no saber patinar). Sin embargo, en la mayoría de las actividades que emprende el individuo cultiva su autoeficacia en aquellas que le dan la sensación de autovalía. Así, tanto la

autoestima como la autoeficacia contribuyen, cada una por su parte a la calidad de vida de las personas.

2.4.2 Escalas de Satisfacción

Satisfacción de necesidades:

El ser humano por su naturaleza interactúa constantemente con su entorno para protegerse o sacar las energías que necesita para su desarrollo y actualización. Es en este contexto donde surgen las necesidades las que son un requisito absoluto para la supervivencia. (Medina, 2001)

Maslow, afirma que los seres humanos nacen con cinco sistemas de necesidades, organizados en una jerarquía. En el primer nivel de la jerarquía se encuentran las necesidades fisiológicas necesarias para la homeostasis corporal, el equilibrio y la supervivencia (alimentación, abrigo, sueño, etc); en el segundo nivel se encuentran las necesidades de protección y seguridad (sentirse seguro y a salvo, fuera de peligro); en el tercer nivel se ubican las necesidades de amor y pertenencia (relacionarse con otros y ser aceptado); en el cuarto nivel están las necesidades de valoración (logro, aprobación, competencia y reconocimiento); y finalmente en el quinto nivel, están las necesidades de autorrealización (realizar el propio potencial, alcanzar los ideales). (Maslow, 1970 cit. en Davidoff 1989; Papalia 1987; Reeve 1994)

Esta estructura jerárquica transmite tres aspectos fundamentales acerca de la naturaleza de las necesidades humanas (Maslow, 1943, 1954 cit. en Reeve 1994). Primero, las necesidades básicas están ordenadas dentro de la jerarquía según el principio de prepotencia o fuerza relativa. Por lo tanto, las necesidades fisiológicas ocupan la parte inferior de la jerarquía como indicador de su relativa dominancia y fuerza, mientras que las necesidades de auto-

realización se encuentran en la parte superior como indicador de su relativa fragilidad. Segundo, cuanto más baja se encuentre la necesidad dentro de la jerarquía, antes aparece en el desarrollo tanto filogenético como ontogenético. Por lo tanto, las necesidades de protección y seguridad son características de los niños, los jóvenes y los animales inferiores, mientras que las necesidades de valoración son las necesidades características de los adultos y son exclusivamente humanas. Tercero, la jerarquía indica que las necesidades son satisfechas secuencialmente, de abajo hacia arriba, de las necesidades inferiores a las superiores. Por lo tanto, antes de que una persona busque la valoración y la auto-realización, deberá tener antes las necesidades fisiológicas, de seguridad y de pertenencia satisfechas.

Dentro de este modelo, se distingue entre necesidades de carencia y necesidades de crecimiento. Las perturbaciones fisiológicas y los motivos de seguridad, pertenencia y valoración se conocen en su conjunto como necesidades de carencia, puesto que su falta impide el crecimiento y el desarrollo. La presencia de cualquiera de las necesidades de carencia, indica que la persona se encuentra en un estado de privación. El individuo que se preocupa por la comida, la seguridad en el trabajo, la pertenencia a un grupo y el estatus social es una persona privada. Para Maslow, tal privación caracterizaba la enfermedad humana, el término que utilizaba para indicar que existía una incapacidad de acercarse al crecimiento y a la actualización.

En el caso que las necesidades de carencia se vean satisfechas, comienzan a emerger las necesidades orientadas hacia el crecimiento, lo que hace que la persona se sienta inquieta y descontenta. A pesar de no sentirse hambriento, inseguro, no-amado, ni inferior, el individuo empieza a sentir la necesidad de convertirse en la persona que tiene que ser, a cumplir con su destino como persona. (Maslow, 1971 cit. en Reeve, 1994)

2.4.3 Escalas de síntomas

Sintomatología depresiva:

Los síntomas clínicos de la depresión pueden ser clasificados en cinco núcleos fundamentales: (1) síntomas anímicos, tales como la disminución del estado de ánimo, abatimiento, sentimientos de tristeza, pesadumbre o infelicidad. A veces el estado de ánimo dominante es de irritabilidad o sensación de vacío (2) síntomas motivacionales y conductuales, tales como apatía, indiferencia, anhedonia, agitación o retardo psicomotor (3) síntomas cognitivos: tales como la disminución de la memoria, la atención y la capacidad de concentración. En cuanto al contenido de las cogniciones, se puede observar ideas de privación y pérdida, baja autoestima y autoconfianza, autodepreciación, autoculpación e ideas recurrentes de muerte y suicidio (4) síntomas físicos tales como alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnias), fatiga, alteraciones del apetito, disminución de la actividad y el deseo sexual y molestias corporales difusas (5) síntomas interpersonales, presentando un deterioro en las relaciones con los demás y una disminución en el interés por las otras personas (Belloch, A. 1995 ; Kaplan, H. 1996)

Sintomatología ansiosa:

Los síntomas clínicos de la ansiedad pueden ser clasificados en tres núcleos fundamentales: (1) Subjetivo- cognitivo: a esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, pensamientos intrusivos, etc. La persona con ansiedad experimenta subjetivamente un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira y tristeza y semejante a la experiencia de miedo. El componente subjetivo es el elemento central de la ansiedad (2) Fisiológico-somático: la

experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc) algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, defecación, respiración, etc.) y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones, vómitos, temblor, etc). (3) Motor-conductual: los componentes observables de la conducta fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape (huída) y evitación (Belloch, 1995).

2.4.4 Escalas de rasgos

Tolerancia a la frustración:

Los individuos difieren considerablemente en sus reacciones a la frustración y la tensión. Algunas personas tienen poca capacidad para superar incluso pequeñas frustraciones, mientras que otras muestran una gran capacidad para superarlas. El término tolerancia a la frustración se aplica al grado y duración de la tensión que un individuo tolera sin sufrir desorganización de su estructura personalógica o experimentar malestar significativo. (Whittaker, 1984)

Los distintos modos de reacción a la frustración pueden ser clasificados como "reacciones orientadas hacia la realidad" o como "reacciones de mecanismos de defensa". Las reacciones orientadas según la realidad, comprenden modos de ajuste que representan medios relativamente directos de tratar con el problema. Constituyen intentos para modificar, cambiar o suprimir la situación de frustración. En cambio, los mecanismos de defensa comprenden

distorsiones de la realidad dirigidas a defenderse contra la ansiedad, que no están directamente orientadas hacia la finalidad de alterar o suprimir la situación de frustración. (Whittaker; 1984)

La investigación psicológica ha demostrado que las experiencias traumáticas tempranas obstaculizan significativamente la capacidad del individuo para soportar la tensión de la frustración (Whittaker; 1984). Si se considera la historia etiopatogénica de las personas con Trastorno de Personalidad Borderline, es posible comprender el hecho de que tengan poca tolerancia para los afectos y recuerdos dolorosos, y para síntomas como la ansiedad o la depresión (Gold y Stricker, 1993).

Alexitimia:

La Alexitimia ha sido concebida como una alteración de la personalidad que se caracteriza por trastornos en el área cognitiva, afectiva y de las relaciones interpersonales. El trastorno cognitivo, corresponde a los rasgos del pensamiento operatorio (pensamiento excesivamente pragmático, detallista, centrado en acontecimientos presentes y cotidianos, con una capacidad limitada de fantasía), en el que las dificultades para simbolizar no corresponden a una limitación intelectual. Se utilizan los símbolos como signos, sin creatividad y sin integrarlos en un contexto personal. El trastorno afectivo se refiere a la dificultad de verbalizar las emociones y a la dificultad de diferenciar sensaciones corporales y actuaciones impulsivas. El trastorno en las relaciones interpersonales supone una alteración de la empatía (Kristal, 1979, 1986 cit. en Sivak y Wiater 1997).

Los rasgos esenciales de la alexitimia, lo constituyen el pensamiento simbólico reducido o ausente, limitada capacidad para fantasear y dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras. Entre los rasgos accesorios se encuentran el alto grado de conformismo social, relaciones interpersonales estereotipadas, impulsividad como expresión de conflictos,

personalidad inmadura y resistencia a la psicoterapia tradicional (Retamales, 1989 cit. en Sivak y Wiater 1997).

En 1988, Sifneos (cit. en Fernández, 1999) postuló dos tipos de alexitimia: primaria y secundaria. La alexitimia primaria de origen predominantemente biológico, es considerada como un defecto estructural neuroanatómico o una deficiencia neurobiológica, debida a factores hereditarios, que interrumpen la comunicación entre el sistema límbico y el neocórtex. La especialización de los hemisferios cerebrales también tiene un papel importante en la alexitimia primaria, cuando hay una inadecuada comunicación entre el hemisferio izquierdo y el hemisferio derecho.

La alexitimia secundaria se originaría por situaciones traumáticas en períodos críticos del desarrollo en la infancia o por traumas masivos en la edad adulta, como estar en campos de concentración o pasar por experiencias de guerra, etc. Krystal (1982, cit. en Zeitlin, 1993) fue el primero en sugerir que la alexitimia podía desarrollarse como respuesta a traumas extremos, para proteger al individuo de experimentar afectos dolorosos. Shipko (1983, cit. en Zeitlin, 1993) propuso que la constricción de la expresión emocional puede ser adaptativa en situaciones traumáticas como un combate, donde la expresión emocional apropiada puede impedir las acciones necesarias.

La investigación empírica ha apoyado estas formulaciones. Zeitlin y cols. (1993) en un estudio sobre alexitimia en pacientes víctimas de asalto sexual, encontraron que los sujetos con una historia de más de un episodio de violación, eran más alexitímicos que aquellos sujetos con un episodio único. Este resultado es consistente con el hallazgo de este mismo autor, quien observó una correlación positiva entre el grado de alexitimia y el nivel de exposición al combate en veteranos de la guerra de Vietnam.

2.4.5 Escalas del sistema cognitivo

Irracionalidad cognitiva:

Dentro de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) se sostiene que existe una interacción entre los procesos psicológicos humanos donde cogniciones, emociones y conductas se superponen y por tanto, se piensa, siente y actúa de forma interactiva (Ellis, 1988 cit. en Carrera, 1999). Desde esta perspectiva, la causa de las emociones y conductas disfuncionales es la forma en que el individuo interpreta su ambiente y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general.

Si las creencias o interpretaciones son ilógicas, poco empíricas y dificultan la obtención de metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de *irracionales*. Si por el contrario, las interpretaciones o inferencias están basadas en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica, entre premisas y conclusiones, se les llama *racionales* ya que el razonamiento es correcto y la filosofía básica de esa persona es funcional. Las principales distinciones entre estos tipos de creencias, se encuentran en la tabla N° 4

Tabla N°4: Principales diferencias entre creencias racionales e irracionales

CREENCIAS RACIONALES	CREENCIAS IRRACIONALES
Son cogniciones evaluativas que se caracterizan por ser probabilísticas, preferenciales o relativas.	Se caracterizan por ser dogmáticas, rígidas y absolutistas.
Se expresan en forma de deseos y gustos ("me gustaría", "quisiera", "deseo que", "no me gustaría", "preferiría").	Se expresan en forma de obligaciones, necesidades imperiosas y exigencias absolutistas ("tengo que", "debo de", "es absolutamente necesario que").
Cuando los sujetos no consiguen lo que <i>desean</i> , se generan emociones negativas que son apropiadas (como tristeza, preocupación o disgusto), debido a las creencias racionales.	Cuando las cosas no son como <i>deberían ser</i> , se producen emociones negativas perturbadoras (como depresión, ansiedad, ira, culpa, vergüenza, miedo o cólera) debido a las creencias irracionales.
Estas emociones no son disfuncionales ya que no impiden la consecución de los objetivos y logros del sujeto.	Estas emociones son disfuncionales, ya que impiden la consecución de metas y perturban al sujeto.

Tomado de Carrera, 1999

Según esta concepción, el pensamiento irracional constituye la variable cognitiva básica de la perturbación psicológica. Las personas que se aferran fuertemente y de manera persistente a creencias irracionales o disfuncionales, están más perturbadas que aquellas que lo hacen con menor fuerza y con menor frecuencia. (Ellis, 1997)

Perfeccionismo:

El perfeccionismo corresponde a una de las distorsiones cognitivas irracionales postuladas en la TREC, que se presenta al pensar en forma repetitiva que las cosas podrían haber sido hechas mejor de lo que fueron. Un ejemplo de este tipo de pensamiento "aunque no estuve tan mal, *debería* haberlo hecho mejor". (Ellis y Dryden, 1989; Ellis y Lega, 1993; Lega, Caballo y Ellis 1997, cit. en Carrera, 1999).

2.4.6 Escalas del sistema conductual

Asertividad:

Se ha entendido la asertividad como la capacidad de un individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos de manera eficaz y sin sentirse incómodo. (Kelly, 1992). La asertividad, implica autoafirmar y defender los derechos personales, sin amenazar o castigar a los demás, respetando los derechos y necesidades de esas personas. (Vallés y Vallés, 1996; Castanyer, 1996; Marsellach, 1998).

Por el contrario, la conducta no asertiva es entendida como la transgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos, y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás pueden no tomarlos en cuenta. (Marsellach, 1998).

La probabilidad de que la persona no asertiva satisfaga sus necesidades o de que sean entendidas sus opiniones, se encuentra sustancialmente reducida debido a la comunicación indirecta o incompleta que acostumbra emplear. La persona que actúa así se puede sentir a menudo incomprendida y no tomada en cuenta, molesta respecto al resultado de la situación, o volverse hostil o irritable hacia las otras personas.

El interlocutor del sujeto no asertivo, puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. Tener que inferir constantemente lo que está realmente diciendo la otra persona, o tener que leer los pensamientos de ésta, puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia e incluso ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva. (Marsellach, 1998).

2.4.7 Escalas del sistema bioclínico

Para Eysenck (1959), la personalidad está formada por ciertos atributos definidos o rasgos que son los que determinan la conducta. Estos rasgos serían cualidades o características básicas de la persona que se expresan en muchos contextos. En su modelo, este autor describe la personalidad humana según rasgos tales como sociabilidad, impulsividad, actividad, aprensibilidad, despreocupación, etc., que están intercorrelacionados y forman "superfactores" de tipo superior o dimensiones básicas de personalidad. Estas dimensiones corresponden a Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo, las que tienen una fuerte base genética y serían el producto de diferentes estructuras psicofisiológicas.

El punto de vista dimensional eysenckiano sobre los trastornos psiquiátricos, implica por una parte, que la conducta anormal es continua a la conducta normal y que, por otra parte, generalmente representa una posición extrema en una o más de las tres dimensiones, fundamentalmente en N (neuroticismo) o P (psicoticismo). (Báguena y Belloch, 1985)

Neuroticismo (continuo neuroticismo - estabilidad):

Eysenck y Eysenck (1987) afirman que la dimensión Neuroticismo se relaciona con las diferencias individuales de excitabilidad y respuesta emocional que están reflejadas en la activación autónoma. Así, los neuróticos se caracterizarían por tener un sistema nervioso autónomo muy lábil y sensible a cualquier tipo de estimulación. Las diferencias conductuales entre los sujetos que obtienen puntajes altos y bajos en neuroticismo, podrían interpretarse en términos de los umbrales diferenciales de actividad hipotalámica y atribuirse en concreto a las diferencias en la responsividad del sistema nervioso simpático, ocurriendo que las puntuaciones altas en neuroticismo se asociarían con una mayor responsividad, labilidad emocional e hiperactividad. (Báguena y Belloch, 1985).

Los individuos con un alto grado de neuroticismo se quejan frecuentemente de desarreglos somáticos difusos y de poca importancia (jaqueca, insomnio, dolores de espalda, etc), así como también manifiestan estados de preocupación, ansiedad y otros sentimientos desagradables. Estas personas tienden a manifestar problemas bajo efecto de estrés, sin embargo, los sujetos con una puntuación alta en Neuroticismo pueden adaptarse de una manera adecuada al trabajo, a la sociedad, a la vida sexual y a la familia. (Eysenck y Eysenck, 1973, cit. en Drey y otros, 1998).

En la dimensión del Neuroticismo, los puntos próximos al extremo positivo de este continuo, representan las personalidades bien integradas y emocionalmente estables, mientras que los puntos cercanos al extremo negativo representan las personalidades mal integradas, emocionalmente inestables y neuróticas.

Psicoticismo (continuo psicoticismo - control de impulsos):

El concepto de psicoticismo, guarda relación con la idea de un factor general que predispone a las personas a la psicosis, en diversos grados (Eysenck y Eysenck, 1976 cit. en Báguena y Belloch, 1985); esta predisposición se extendería al campo psicopático, criminal y antisocial, pero no al de las neurosis distímicas. (Eysenck y Eysenck, 1987)

Los rasgos sobresalientes de la dimensión del psicoticismo lo constituyen la frialdad, agresividad, egocentrismo, impulsividad, antisocialismo, falta de empatía, creatividad e inmovilidad. (Eysenck y Eysenck, 1987)

La investigación empírica, ha demostrado que los grupos diagnósticos que puntúan alto en el factor de psicoticismo son esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, depresión endógena o psicótica, paranoia y psicopatía. (Báguena y Belloch, 1985)

De las tres dimensiones básicas de la personalidad propuestas por Eysenck, el concepto de psicoticismo ha generado controversia en cuanto a su delimitación con otros constructos. (Báguena y Belloch, 1985). En efecto, dentro de la literatura se encuentran distintas formas de denominación del extremo opuesto del psicoticismo, tales como realismo, control de impulsos y apertura a la experiencia. (Eysenck y Eysenck, 1987)

Extraversión (continuo extraversión – introversión):

Según Eysenck, la dimensión de la extraversión se identifica ampliamente con las diferencias individuales en los niveles de actividad del circuito corticorreticular. De este modo, los introvertidos se encuentran más activados corticalmente que los extrvertidos, lo que produce que el introvertido muestre una conducta más “inhibida”, puesto que la corteza ejerce un control sobre los impulsos más primitivos, esto es, sobre los centros cerebrales inferiores. (Eysenck, 1967 cit. en Eysenck 1987 y Báguena y Belloch, 1985)

Se ha constituido un perfil característico, para los sujetos incluidos en cada uno de los polos del continuo dimensional: 1) el típico extravertido es sociable, le gustan las fiestas, tiene muchos amigos, necesita gente con quien hablar. Le apetecen la excitación y el cambio, actuar al momento y es, generalmente, un individuo impulsivo. Le agradan las bromas, siempre tiene una respuesta preparada, es optimista y le gusta “reír” y “ser feliz”. Tiende a ser agresivo y en la medida en que sus sentimientos en muchas ocasiones no están bajo su control, no resulta una persona fiable. 2) el típico introvertido es una persona tranquila, retirada, introspectiva, prefiere más a los libros que a las personas. Tiende a planear las cosas y desconfía de los impulsos del momento. No le gusta la excitación y toma muy seriamente las cosas de cada día. Le gusta llevar una vida ordenada, sus sentimientos están bajo su control, raramente es agresivo y no suele perder los estribos fácilmente. Es una persona fiable, algo pesimista y concede gran valor a las normas éticas. (Báguena y Belloch, 1985)

2.5 EL CAMBIO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO

Varios autores han señalado que los métodos usados tradicionalmente para evaluar la eficacia de los tratamientos muestran grandes problemas. Generalmente, los efectos del tratamiento son inferidos sobre la base de comparaciones estadísticas entre promedios de cambio resultantes de los tratamientos bajo estudio. En este contexto, las técnicas estadísticas más utilizadas para realizar estas comparaciones se basan en la estadística inferencial y particularmente en los test de significancia estadística (Calderón, 2000).

Para Jacobson (1991, cit en Calderón 2000) el uso de los test de significancia estadística para evaluar la eficacia de los tratamientos, es limitado por dos razones: (1º) Los test no proveen de información sobre la variabilidad de la respuesta al tratamiento que ocurre dentro de los grupos –varianza intragrupo-; aun cuando las diferencias dentro de los grupos de tratamiento, entre un paciente y otro, sean de gran utilidad para los clínicos. (2º) Si un efecto del

tratamiento existe en el sentido estadístico —es estadísticamente significativo—, a menudo esto tiene poca relación con la significancia clínica de los efectos.

Jacobson y cols. (Jacobson, 1991 cit. en Calderón, 2000) proponen algunos criterios de cambio para evaluar la significancia clínica de los resultados experimentados por el paciente a través de la psicoterapia, siendo necesario que esté presente alguna o más de una de estas condiciones: a) un alto nivel de cambio reconocido por sus pares y otros significativos; b) se ha eliminado el problema presente al inicio del tratamiento; c) se han alcanzado niveles normativos de funcionamiento; d) el paciente alcanza altos niveles de funcionamiento; e) los cambios del paciente reducen significativamente su vulnerabilidad a experimentar otros problemas de salud.

El cumplimiento de una u otra de estas condiciones estará en estrecha relación con la magnitud del cambio esperable conforme la gravedad de los distintos trastornos y la eficacia que han mostrado las distintas modalidades terapéuticas en su tratamiento (Calderón, 2001). Estas condiciones de cambio pueden ser operacionalizadas en los estudios de resultados en psicoterapia de tres formas generales, que incluyen la consideración de distintos indicadores:

- 1) El nivel de funcionamiento del paciente posterior a la terapia debe bajar fuera del rango de la población disfuncional. Donde el rango es definido como la extensión a dos desviaciones estándar más allá del promedio de esta población en dirección de la funcionalidad; este indicador es denominado “punto cutoff a”.
- 2) El nivel de funcionamiento subsiguiente a la terapia debe hallarse dentro del rango de la funcionalidad o población normal; donde el rango se encuentra entre más menos dos desviaciones estándar del promedio de esta población; éste indicador es denominado “punto cutoff b”.
- 3) El promedio de funcionamiento del paciente se acerca más al promedio de la población normal que al promedio de la población disfuncional; éste indicador es denominado “punto cutoff c”.

Debido a que en la presente investigación los datos normativos de la población funcional no están disponibles, la elección por defecto en la evaluación de resultados corresponde al establecimiento del punto cutoff a.

En 1984, Jacobson y Revenstorf (cit en Calderón 2001) proponen un índice de cambio confiable (IRC) como un segundo criterio para determinar el cambio clínicamente significativo; tras recoger las recomendaciones de otros autores, Jacobson lo propone como un parámetro que permite evaluar si el grado de cambio experimentado es de una magnitud suficiente que excede los márgenes del error de medición; para ello propone una fórmula que implica dividir la magnitud del cambio durante el curso de la terapia, por el error estándar de las diferencias de puntaje. De este modo, un IRC mayor que 1,96 es poco probable de ocurrir ($p < 0.05$) sin que cambios reales (distintos del azar) existan.

El producto final es un doble criterio para establecer el cambio clínicamente significativo experimentado por cada sujeto, caracterizado en la siguiente taxonomía: 1) Recuperados: existe cambio clínicamente significativo (atravesando punto cutoff a) pero no es confiable, es decir, los valores RCI no son significativos; 2) Mejorados: los cambios son clínicamente significativos y confiables; 3) No se evidencia cambio clínicamente significativo; 4) Deterioro, cambio en el sentido de la disfuncionalidad. No se puede determinar su significación clínica o estadística a partir de los criterios de análisis propuestos

III. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Considerando el modelo teórico de Millon acerca de los trastornos de personalidad –en especial sobre el trastorno límite-, las características de los datos, así como la evidencia empírica sobre las variables en estudio; se desarrollaron las hipótesis de la presente investigación.

Primera hipótesis

El neuroticismo es una dimensión estable de la personalidad, que se relaciona con las diferencias individuales en reactividad autonómica, por lo tanto es posible suponer que en un proceso psicoterapéutico, aquellos sujetos que tengan elevados niveles de Neuroticismo, tenderán a mantener estables aquellos aspectos que se relacionan con el nivel biopsíquico de funcionamiento.

Hipótesis 1: "Elevados puntajes en la escala de neuroticismo en el pretratamiento, se relacionarán con cambios no significativos clínicamente en las escalas de sintomatología ansiosa y depresiva".

Segunda Hipótesis

De acuerdo a las características que distinguen a las personas no asertivas y asertivas, es posible suponer que los cambios dentro de un proceso psicoterapéutico están directamente relacionados con el nivel de asertividad. De este modo, aquellas personas que presentan una baja asertividad tendrían menos recursos que les permitan tanto comunicar sus dificultades al

terapeuta como modificar aquellas situaciones ambientales adversas que frustran sus propias necesidades, que aquellas que sí disponen de un repertorio conductual más asertivo.

Hipótesis 2: "Aquellos sujetos que tengan altos puntajes en la escala de asertividad en el pretratamiento, mejorarán más sus puntuaciones en la escala de satisfacción de necesidades, que aquellos con bajas puntuaciones".

Tercera Hipótesis

Si se piensa que en un proceso psicoterapéutico se presentan situaciones dolorosas, que pueden generar emociones displacenteras, se puede suponer que aquellos individuos que tienen una baja tolerancia a la frustración, tenderán a activar sus defensas, mostrándose más resistentes al proceso terapéutico, limitando de este modo sus posibilidades de cambio.

Hipótesis 3: "Aquellos sujetos que tengan altos puntajes en la escala de tolerancia a la frustración (muy intolerantes) en el pretratamiento, presentarán menores porcentajes de cambio clínicamente significativo en todas las escalas clínicas post tratamiento, en comparación con aquellos sujetos que presentan menores puntajes iniciales en esta escala."

Cuarta Hipótesis

Se ha visto la determinación que ejerce el estilo cognitivo sobre los sistemas de autoevaluación (Autoimagen, Autoestima y Autoeficacia), considerándose al pensamiento irracional como la variable cognitiva básica de la perturbación psicológica. En este sentido, la rigidez e inflexibilidad en el procesamiento cognitivo, restringe las evaluaciones y conclusiones

a las que puede llegar el sujeto acerca de sí mismo, en función del carácter autoperpetuador de este tipo de cogniciones.

Hipótesis 4: "Elevados puntajes en la escala de irracionalidad cognitiva en el pretratamiento, se relacionarán con un cambio no significativo clínicamente en las escalas del sistema self"

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A partir de la revisión de la literatura acerca del Trastorno Límite de la Personalidad y considerando las características del instrumento de medición utilizado (Ficha de Evaluación Clínica Integral, FECI), se formuló la pregunta de investigación, así como los objetivos generales y específicos del presente estudio.

4.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características clínicas pre-tratamiento y las relaciones de cambio entre ciertas variables clínicas de la medición pre y post tratamiento, de sujetos con Trastorno de Personalidad Límite, que reciben atención según el Modelo Integrativo en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa?

4.2 Objetivos de investigación

4.2.1 Objetivos Generales

4.2.1.1 Describir las características clínicas pre-tratamiento de la totalidad de sujetos que tienen como diagnóstico en el Eje II el Trastorno Límite de la Personalidad, con o sin diagnóstico en el Eje I, que reciben tratamiento según el Modelo Integrativo del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (Ex-CECIDEP).

4.2.1.2 Someter a prueba empírica las hipótesis formuladas acerca del cambio clínico en aquellos sujetos con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, en el Eje II, que han terminado su tratamiento en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. (Ex-CECIDEP)

4.2.2 Objetivos Específicos

4.2.2.1 Describir antecedentes relevantes de F.E.C.I.: sexo y edad

4.2.2.2 Describir sistema self

4.2.2.2.1 Describir resultados de F.E.C.I. en autoimagen

4.2.2.2.2 Describir resultados de F.E.C.I. en autoestima (Escala Guttman)

4.2.2.2.3 Describir resultados de F.E.C.I. en autoeficacia

4.2.2.3 Describir sistema cognitivo

4.2.2.3.1 Describir resultados de F.E.C.I. en irracionalidad cognitiva

4.2.2.3.2 Describir resultados de F.E.C.I. en perfeccionismo

4.2.2.3.3 Describir resultados de F.E.C.I. en pensamiento dicotómico

4.2.2.4 Describir sistema afectivo

4.2.2.4.1 Describir resultados de F.E.C.I. en satisfacción de necesidades

4.2.2.4.2 Describir resultados de F.E.C.I. en alexitimia (Subescala Toronto- Alexitimia)

4.2.2.4.3 Describir resultados de F.E.C.I. en discomfort emocional (Subescala Gambrill y
Richie)

4.2.2.4.4 Describir resultados de F.E.C.I. en tolerancia a la frustración

4.2.2.5 Describir sistema conductual

4.2.2.5.1 Describir resultados de F.E.C.I. en repertorio conductual

4.2.2.5.2 Describir resultados de F.E.C.I. en asertividad (Cuestionario de Asertividad de
Spencer Rathus)

4.2.2.6 Describir aspectos biológicos

4.2.2.6.1 Describir resultados de F.E.C.I. en sintomatología depresiva y ansiosa

4.2.2.6.2 Describir resultados de F.E.C.I. en extraversión, neuroticismo y psicoticismo
(Eysenck Personality Questionnaire)

4.2.2.7 Describir aspectos histórico-relacionales

4.2.2.7.1 Describir aspectos de la Historia familiar

4.2.2.7.2 Describir aspectos de la Historia social

4.2.2.7.3 Describir aspectos de la Historia laboral

4.2.2.7.4 Describir aspectos de la Historia sexual y de relaciones de pareja

4.2.2.8 Describir comorbilidad Eje I

4.2.2.9 Analizar clínicamente las diferencias entre los resultados pre y post tratamiento para someter a prueba las hipótesis de la investigación.

V. METODOLOGÍA

5.1 Diseño

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo clínico-descriptivo y se enmarca dentro de la investigación no experimental, puesto que no se realiza una manipulación deliberada de las variables independientes.

La primera parte de nuestra investigación tiene un carácter transversal, en tanto que la descripción de las características clínicas de la muestra total de sujetos diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad, se realiza a partir de la medición pretratamiento.

La segunda parte de nuestro estudio, tiene un carácter longitudinal, en tanto que considera la medición pre y post tratamiento de aquellos sujetos de la muestra que han terminado su proceso psicoterapéutico.

5.2 Participantes

La muestra la formaron 43 sujetos atendidos en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (Ex-CECIDEP), diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad. De estos sujetos, 15 eran hombres y 28 mujeres, y sus edades estuvieron comprendidas entre los 17 y 57 años. Estos sujetos comenzaron su proceso terapéutico entre Junio de 1996 y Mayo del 2000.

Al momento de la ejecución de la investigación (Octubre 2002), 4 participantes habían concluido su proceso terapéutico y contaban con la medición pre-post necesaria para contrastar las hipótesis. Algunas características relevantes de estos sujetos son:

Sujeto 1: Hombre, 25 años al inicio del tratamiento. Su proceso psicoterapéutico se extendió desde Junio de 1996 hasta Noviembre del 2000.

Sujeto 2: Mujer, 29 años al inicio del tratamiento. Su proceso psicoterapéutico se extendió desde Diciembre de 1998 hasta Diciembre de 1999.

Sujeto 3: Mujer, 43 años al inicio del tratamiento. Su proceso psicoterapéutico se extendió desde Marzo de 1999 hasta Enero del 2000.

Sujeto 4: Mujer, 31 años al inicio del tratamiento. Su proceso psicoterapéutico se extendió desde Mayo del 2000 hasta Octubre del 2000.

5.3 Instrumento de Medición

El instrumento utilizado en la presente investigación corresponde a la Ficha de Evaluación Clínica Integral (F.E.C.I.) elaborada a partir del Modelo Integrativo del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (Ex-CECIDEP).

Esta ficha es un cuadernillo de autorreporte de papel y lápiz, de administración individual; contempla preguntas cerradas con respuestas dicotómicas, escalas tipo Likert, y preguntas abiertas.

Algunas de las escalas corresponden a instrumentos ya conocidos en el ámbito de la psicología clínica tales como el Eysenck Personality Questionnaire y el Cuestionario de Asertividad Spencer-Rathus, otras en cambio, fueron elaboradas por los mismos profesionales del ICPSI y estandarizadas con una muestra de más de 3000 sujetos. Todas las escalas entregan resultados derivables a valores alto, medio y bajo³, siendo el valor medio el que se considera como esperado para la población promedio. (Guajardo, Bagladi y Kushner, 2000)

En el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa previo al tratamiento, se aplica la versión completa de la ficha FECl, la cual agrupa las siguientes áreas:

³ Los rangos de funcionamiento (alto, medio y bajo) equivalentes para los puntajes de las escalas se encuentran en el Anexo N°2

(1) Datos de identificación, (2) Antecedentes iniciales, (3) Sistema bio-clínico, (4) Historia familiar, (5) Historia escolar, (6) Historia laboral (7) Historia social, (8) Historia sexual, (9) Historia de relaciones de pareja, (10) Evaluación de historia de vida, (11) Sistema cognitivo, (12) Sistema afectivo, (13) Sistema conductual, (14) Sistema ambiental, (15) Relación de pareja, (16) Sistema familiar y (17) Información complementaria.

La medición post tratamiento contempla una versión reducida de la ficha FECl, en la que se miden nueve escalas clínicas que evalúan las características del sistema self (autoimagen, autoestima y autoeficacia); niveles de satisfacción percibidos (satisfacción matrimonial y satisfacción de necesidades); niveles de sintomatología (escalas de depresión y ansiedad), y rasgos personológicos (tolerancia a la frustración y alexitimia).

Para los fines de esta investigación las preguntas específicas de la ficha FECl que se utilizaron se presentan en la tabla N°5

Tabla N°5: Preguntas ficha FECl

Variables	Categoría	Preguntas de la FECl
Sexo	Antecedentes demográficos	I.2
Edad		I.3
Autoimagen	Sistema self	II.11 pregunta 22 a 30
Autoestima		XI.10
Autoeficacia		XI.8
Irracionalidad cognitiva	Sistema cognitivo	XI.7
Perfeccionismo		II.11 p. 13, 16, 21, 24, 29 / XI.4 / XI.6 / XI.7 p. 1, 5, 7, 12 / XI.13 / XI.14 p. 2, 3 / XII.17 p. 2-5
Pensamiento dicotómico		XI.2
Satisfacción de necesidades	Sistema afectivo	XII.1
Alexitimia		XII.7
Discomfort emocional		XII.14
Tolerancia a la frustración		XII.17 p. 2-5
Repertorio conductual	Sistema conductual	XIII.2
Asertividad		XIII.4
Sintomatología depresiva	Aspectos biológicos	II.7 / XII.15 / XII.17 / XII.18
Sintomatología ansiosa		II.7
Extraversión		III.20
Neuroticismo		
Psicoticismo		

Historia familiar	Aspectos histórico- relacionales	IV.9 / IV.10 / IV.11 / IV.14 / IV.17 / IV.19 / IV.20 / X.1
Historia laboral		VI.3
Historia social		VII.1 / VII.6
Historia sexual		VIII.3 / VIII.5 / VIII.8
De relaciones de pareja		IX.5/ XV.12
Comorbilidad Eje I		Base de datos

5.4 Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación se tuvo acceso a la base de datos proporcionada por la Profesora Guía del Seminario de Título "Investigación en Psicoterapia" Ps. Claudia Calderón Flández, quien previamente había realizado su tesis de Magíster "Psicoterapia Integrativa en el Tratamiento de Trastornos de Personalidad" en la Pontificia Universidad Católica de Chile en Diciembre del 2001, a partir de la revisión de las fichas clínicas del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (Ex-CECIDEP).

Esta base de datos contenía los puntajes pretratamiento de todas las escalas clínicas de la ficha FECL, de los sujetos diagnosticados con trastornos de personalidad del cluster B. De esta base de datos se utilizaron los puntajes de todos los sujetos con Trastorno Personalidad Límite.

Para obtener los resultados de la medición post tratamiento y para realizar la descripción de los aspectos histórico- relacionales no contenidos en la base de datos, las investigadoras se dirigieron al Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), previo contacto con la Directora de Investigación de esta institución Ps. Verónica Bagladi, quien posibilitó el acceso a los archivos clínicos.

Finalmente, a partir de toda la información recolectada se procedió al análisis de los datos.

5.5 Análisis de los datos

Para la parte descriptiva de la investigación, se realizó un análisis porcentual de las escalas y sus respectivos rangos, empleando los programas estadísticos SPSS versión 8.0 y EXCEL 2000.

Para poner a prueba las hipótesis sobre el cambio clínico se establecieron los “puntos cutoff a” para cada una de las escalas clínicas de la FECl a partir de la totalidad de sujetos con trastorno límite (43), y el Índice de Cambio Confiable (IRC) a partir de los cuatro sujetos con medición post. A continuación, se hizo el análisis de las diferencias pre-post considerando los criterios propuestos por Jacobson y cols. para evaluar el cambio clínico. En esta fase del análisis de datos fue empleado el programa estadístico EXCEL 2000.

VI. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el siguiente apartado, se darán a conocer los resultados de la parte descriptiva de la investigación y de la prueba de hipótesis.

La descripción de características clínicas de la muestra, se realizará considerando los antecedentes demográficos, los resultados obtenidos en las escalas del sistema self, del sistema cognitivo, afectivo y conductual, así como la descripción de los aspectos biológicos, histórico- relacionales y la comorbilidad en el Eje I, para los 43 sujetos de la muestra.

La descripción de las características clínicas, se expondrá mediante gráficos que representan la distribución porcentual de los datos.

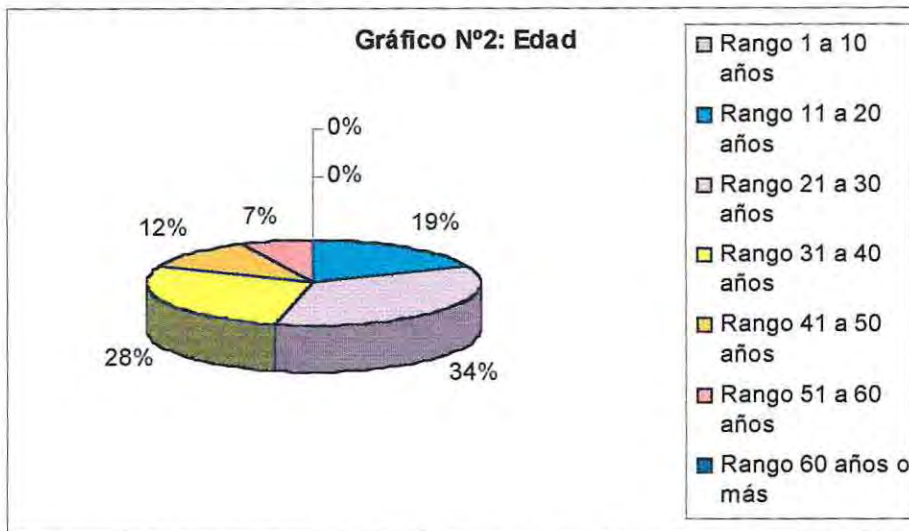
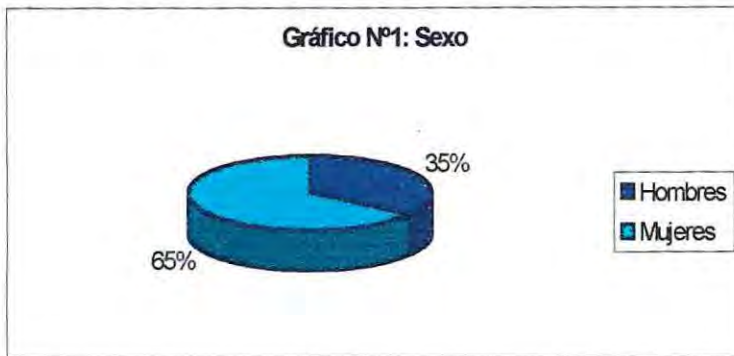
La comprobación de las hipótesis se presentará en la segunda parte de este apartado, dando a conocer los resultados en las escalas, y la significación clínica de las diferencias pre- post tratamiento para cada una de ellas.

6.1 DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

6.1.1 Antecedentes demográficos

La primera muestra de investigación estuvo conformada por un total de 43 sujetos, de los cuales 28 eran mujeres y 15 eran hombres, representando el 65% y 35% respectivamente (Gráfico N°1).

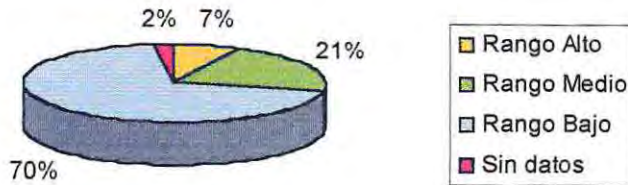
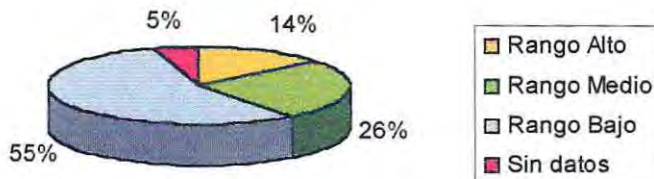
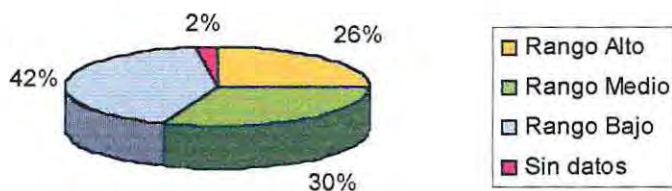
En cuanto a la edad de los sujetos, éstas fluctuaron entre los 17 y 57 años, con un promedio de 30.95 años, siendo la media de las mujeres 33 años y de los hombres 27 años. (Ver gráfico N°2)



6.1.2 Sistema self

Para la descripción del sistema self, se han considerado las escalas FECI de autoimagen, autoestima y autoeficacia.

Los gráficos que se presentan a continuación, muestran los resultados para cada una de estas escalas, considerando el porcentaje de la población distribuido en los distintos rangos de funcionamiento.

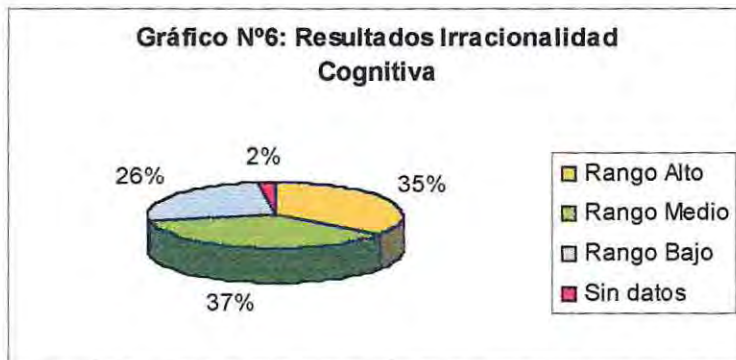
Gráfico N°3: Resultados Autoimagen**Gráfico N°4: Resultados Autoestima****Gráfico N°5: Resultados Autoeficacia**

El análisis de los gráficos 3, 4 y 5 revela que en todas las escalas del sistema self, se presenta una marcada tendencia a las bajas puntuaciones, siendo la escala de autoimagen la que presenta la mayor disminución.

Se observa entre un 2 y un 5% de pérdida de información, lo que corresponde a sujetos que no respondieron la escala respectiva en la primera medición.

6.1.3 Sistema Cognitivo

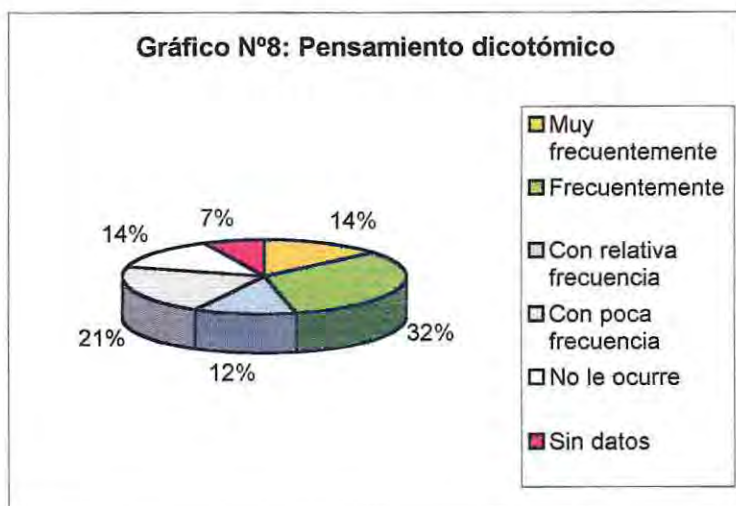
Para la descripción del sistema cognitivo, se han considerado las escalas FECI de irracionalidad cognitiva, perfeccionismo y una pregunta relativa al pensamiento dicotómico.



El gráfico N°6 muestra que existe una distribución relativamente homogénea de la población en los tres rangos de funcionamiento.



En el gráfico N°7 los porcentajes indican que existe una tendencia de la población hacia el perfeccionismo cognitivo, ubicándose un 45 % de la muestra en el rango alto de funcionamiento.



En el gráfico N°8 se observa que la mayoría de la muestra (46%) tiende a pensar, en forma frecuente, en términos de categorías polares, con dificultades para distinguir matices en la realidad. Sólo un 14% de la muestra refiere que esto no le ocurre.

Los resultados de las escalas del sistema cognitivo no presentan una tendencia uniforme entre sí, a diferencia de lo que ocurre en las escalas del sistema self, las cuales en su totalidad se encuentran descendidas.

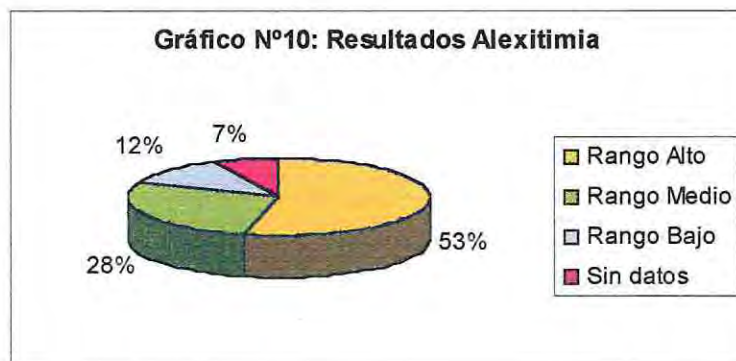
6.1.4 Sistema Afectivo

Para la descripción del sistema afectivo, se han considerado las escalas FECl de satisfacción de necesidades, la sub-escala Toronto-alexitimia, sub-escala Gambrill y Richie de disconfort emocional y la escala de reacciones de intolerancia a la frustración.

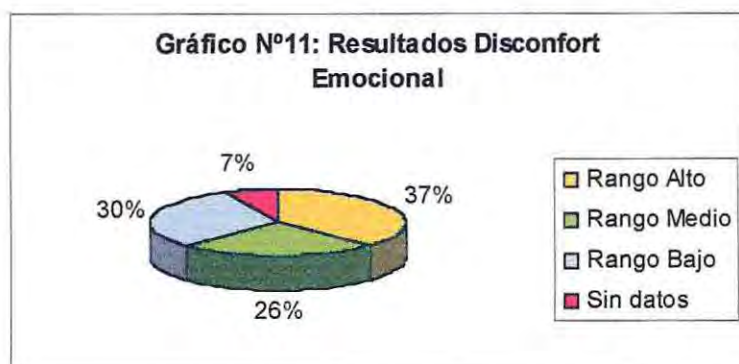
Los gráficos presentados a continuación, muestran los resultados para cada una de estas escalas, considerando el porcentaje de la población distribuido en los distintos rangos de funcionamiento.



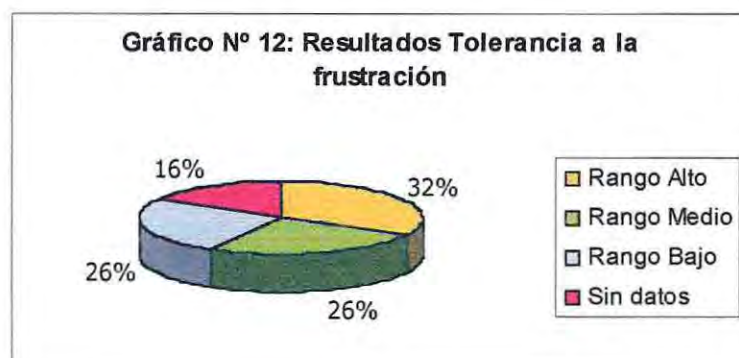
En el gráfico N°9 se observa que la mayor parte de la población (44%) no se siente satisfecha con relación a sus necesidades. El 33% se siente satisfecha y el 16% muy satisfecha.



En el gráfico N°10 se observa una marcada tendencia de la población (53%) a tener elevadas puntuaciones en la escala de alexitimia, evidenciando de este modo dificultades para reconocer y verbalizar afectos.

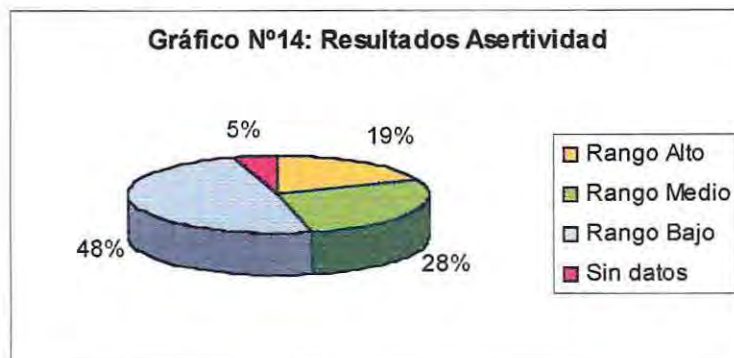
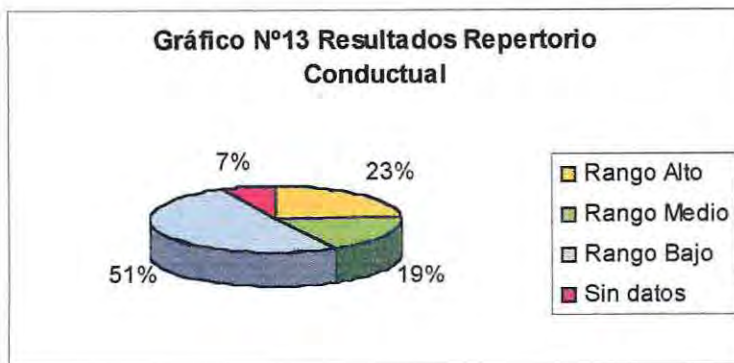


El gráfico N° 11 muestra que existe una distribución relativamente homogénea de la población en los tres rangos de funcionamiento, lo que refleja diversidad en cuanto al grado de perturbación emocional experimentado frente a diversas situaciones sociales. También se presenta esta variedad en los niveles de tolerancia a la frustración (Gráfico N°12)



6.1.5 Sistema Conductual

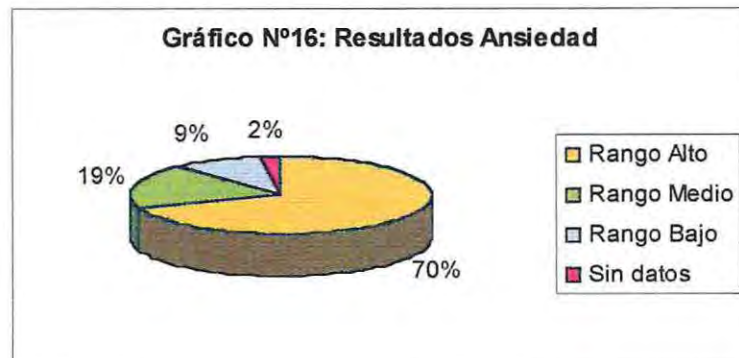
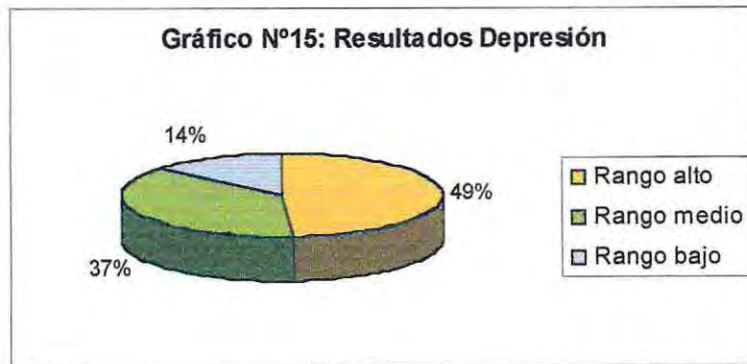
En la descripción del sistema conductual, se han incluido los resultados obtenidos en el Cuestionario de Asertividad Spencer-Rathus y en la escala de repertorio conductual de la ficha FECl.



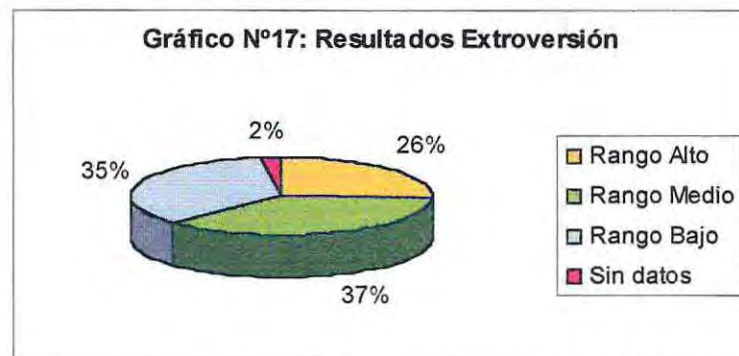
En las escalas representativas del sistema conductual, la mitad de la muestra se encuentra en el rango bajo de funcionamiento, mostrando un déficit en el ámbito de las habilidades sociales. La otra mitad, se ubica en el rango medio y alto de funcionamiento, sin evidenciar por tanto, dificultades en la interacción social.

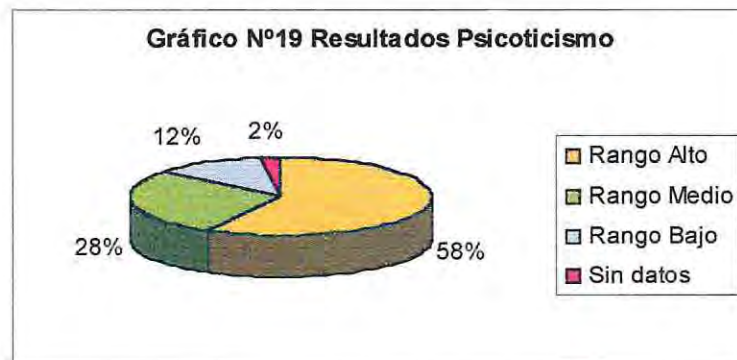
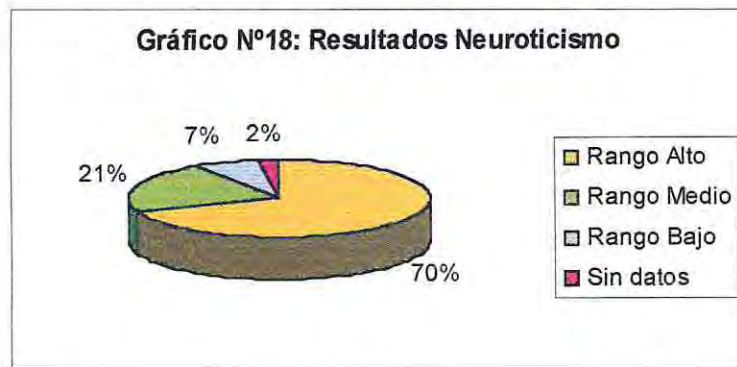
6.1.6 Aspectos Biológicos

Para la descripción de los aspectos biológicos, se ha contemplado los resultados de las escalas de sintomatología depresiva y ansiosa de la FECl y del Cuestionario de Personalidad de Eysenck.



Los gráficos relativos al nivel de sintomatología, muestran que existe una alta prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, presentándose una marcada tendencia en la escala de ansiedad.

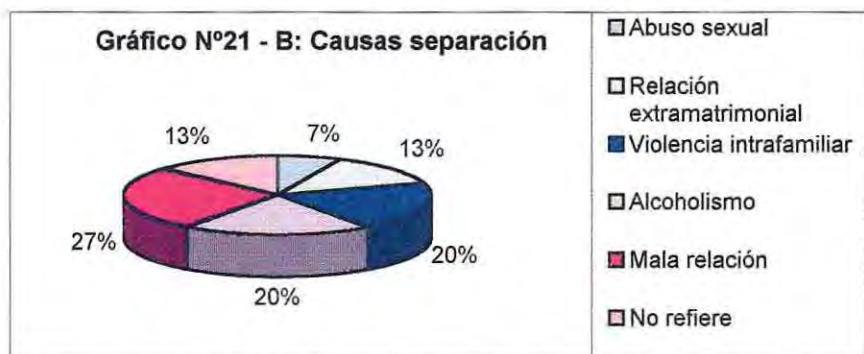
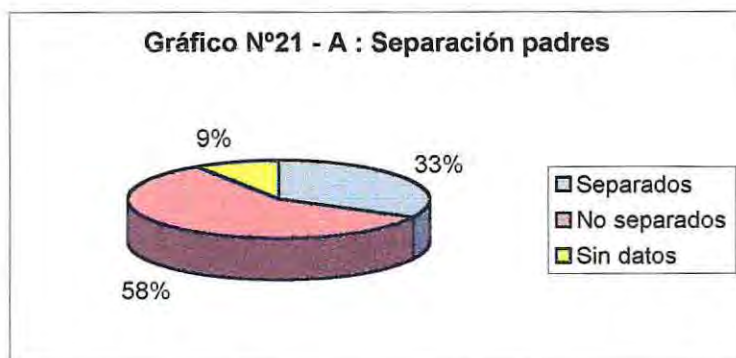
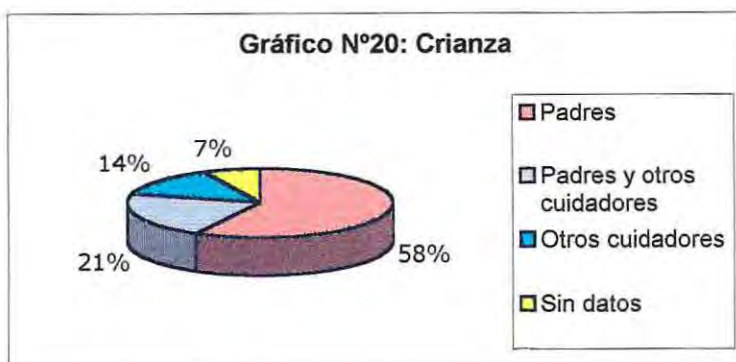




Las escalas del Eysenck Personality Questionnaire (gráficos N° 17, 18 y 19) muestran elevaciones en las escalas de Neuroticismo y Psicoticismo y un nivel medio de Extroversión, sin que exista una clara tendencia en esta escala.

6.1.7 Aspectos histórico-relacionales

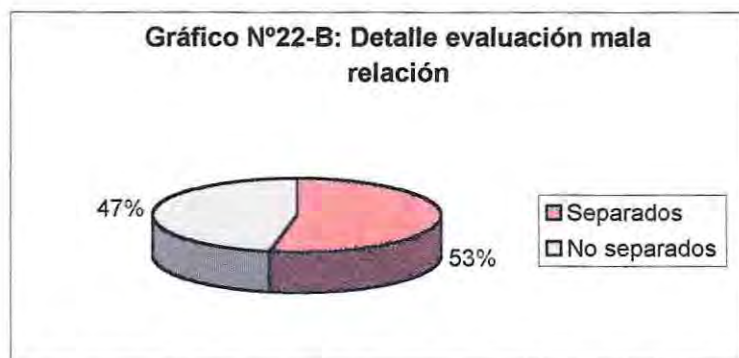
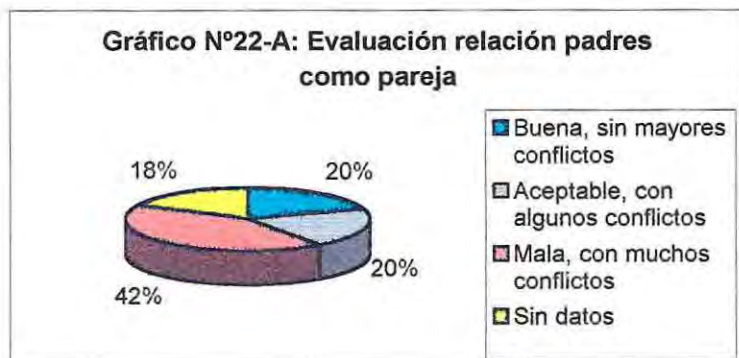
En este apartado se consignarán aquellos elementos que guardan relación con la historia de vida de los sujetos. Para ello, se han considerado algunas características de la relación con los padres y la familia de origen, de la vida social, laboral, así como de las relaciones de pareja. Estos datos se han obtenido de algunas preguntas abiertas y comentarios específicos en los apartados histórico-relacionales.



El gráfico N°20 indica que la mayor parte de la muestra se crió con sus padres (58%), el 21% se crió tanto con sus padres como con otros cuidadores y sólo el 7% lo hizo con otros cuidadores distintos de sus padres (instituciones, u otros familiares). Por otra parte, la mayoría (58%) de los progenitores de los sujetos de la investigación, no se separaron. (Gráfico N°21-A).

En el gráfico N°21-B, se recogen las causas referidas para aquellos que se separaron. El 27% señala como causal de separación la "mala relación" existente entre sus padres, categoría en la que se incluyeron respuestas del tipo "no se llevaban bien", "no se entendían", "discutían". Un 20% refiere la existencia de violencia intrafamiliar como antecedente de la separación, en

esta categoría se consideraron las respuestas que hacían alusión directa al término o que referían maltrato, agresión o peleas. El 20% indica que el alcoholismo del padre fue la causa de la separación y el 13% la existencia de una relación extramatrimonial. El abuso sexual aparece en un 7%. Finalmente un 13% de la muestra no refiere causas para la separación de sus padres.



Al realizar una evaluación de la relación de sus padres como pareja (gráfico N° 22 –A) la mayoría de los participantes (42%) señala que esta fue una mala relación, con muchos conflictos. Esta evaluación, es realizada tanto por aquellos sujetos que refirieron la separación de sus padres (53%) como por aquellos que indicaron que éstos no se habían separado (47%). (gráfico N°22-B)

El 18% de pérdida de información, incluye fichas a las que no se tuvo acceso, personas que no contestan y sujetos que comentan, pero no hacen explícita su evaluación de la relación.

Gráfico N°23: Hecho o característica importante familia origen

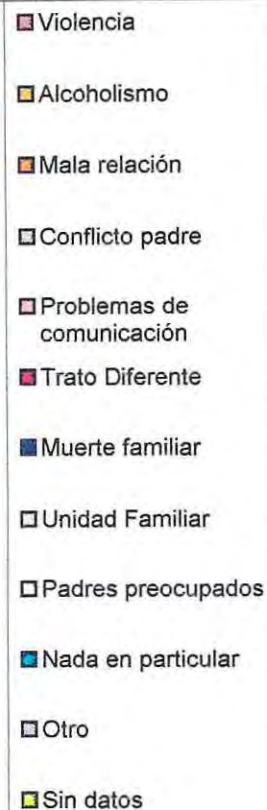
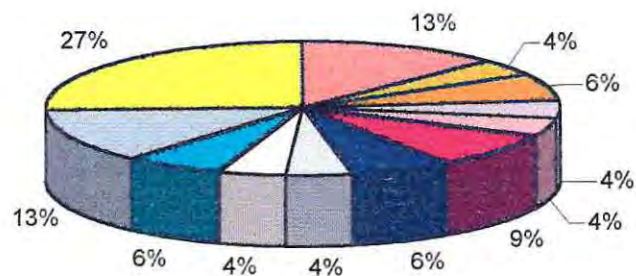
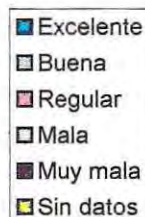
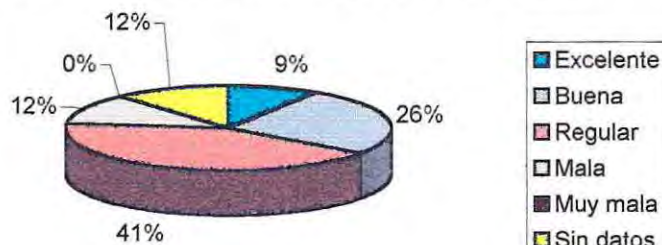


Gráfico N°24: Evaluación global vida familiar

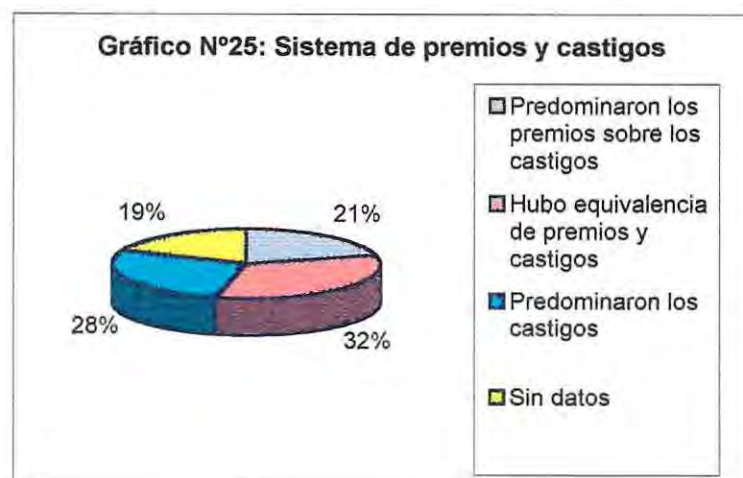


El gráfico N° 23 revela el hecho o característica de la vida con los padres o con la familia de origen, que los sujetos consideran especialmente importante. Las dos categorías que concentraron la mayor cantidad de descripciones fueron "violencia" y "trato diferente". El tema de la violencia se presentó en el 13% de las descripciones. El 9% de los casos concentra aquellas descripciones que referían la sensación de haber sido tratado en forma distinta a otros

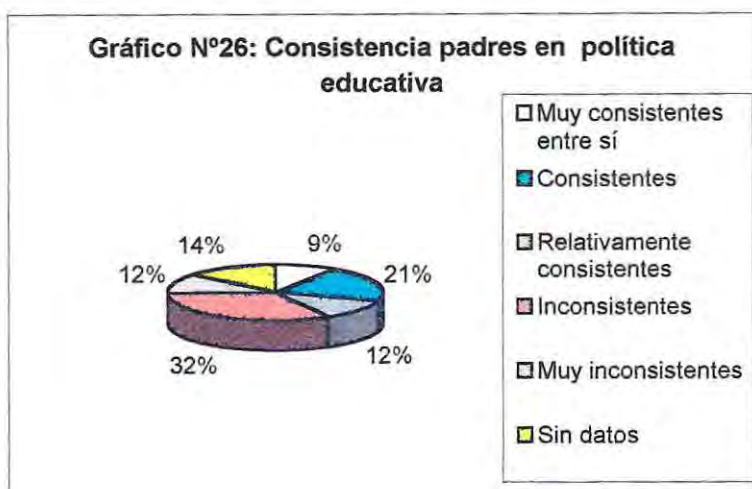
miembros de la familia, ya fuera por la presencia de alguna característica particular o por la existencia de alianzas/coaliciones al interior de la familia. Las categorías alcoholismo, mala relación, problemas de comunicación, conflictos con el padre y muerte de un familiar, fluctúan entre el 4% y 6%. Como característica de la familia de origen, también se señaló la "unidad familiar" y la presencia de "padres preocupados" por los hijos, estas categorías representan el 8% de los datos. El 6% de la muestra indica que no hay ninguna característica particular que distinga a su familia de origen y el 13% de la categoría "otros" reúne aquellos sujetos cuyas respuestas no se podían incluir en ninguna de las categorías generales antes señaladas. El 27% de la categoría sin datos, reúne a aquellos sujetos que no contestan la pregunta o de los que no se obtuvo la ficha, siendo la mayor parte del primer grupo.

El gráfico N° 24 muestra la evaluación global que hacen los sujetos de la investigación, de lo que ha sido o fue la vida familiar con los padres y hermanos. En éste se observa que una gran mayoría (41%) considera que esta fue regular, el 35% hace una evaluación positiva y sólo un 12% considera que la vida en familia fue mala, sin que haya sujetos que la evalúen como muy mala.

Los gráficos que se presentan a continuación, nos revelan los aspectos de la vida en familia, que tienen que ver con el estilo educativo.



El gráfico N°25 muestra que en su proceso de formación, el 32% de los sujetos señala haber tenido en forma equivalente tanto premios como castigos, existiendo un leve predominio de los que refieren haber sido educados predominantemente con castigos (28%) sobre los que fueron educados predominantemente con premios.



En el gráfico N°26, se muestra la evaluación que hacen los sujetos acerca de la consistencia/inconsistencia de sus padres en cuanto a la política educativa. En éste, la mayoría de los sujetos refiere que sus padres diferían en su política educativa (44%), siendo en la práctica, inconsistentes o muy inconsistentes.

Los gráficos N°27 y N°28 muestran algunos aspectos de la historia social. En el gráfico N°27 se observa la evaluación que hacen los sujetos de su grado de sociabilidad y en el gráfico N°28 se presenta un balance del nivel de satisfacción con su vida social en la actualidad.

Gráfico N°27: Sociabilidad

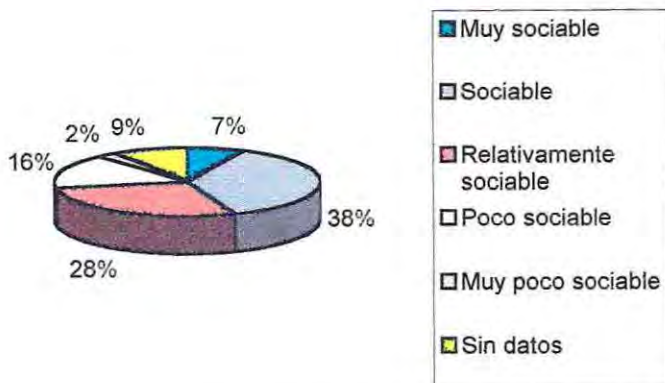
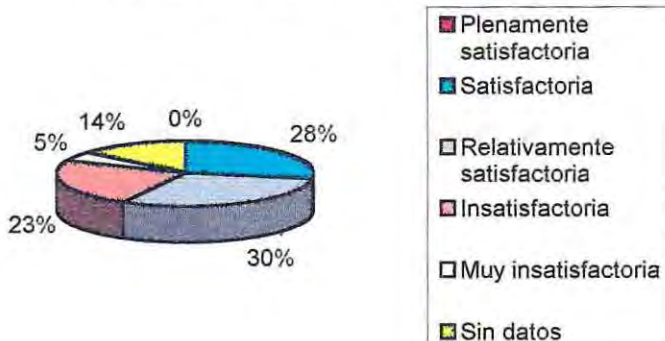
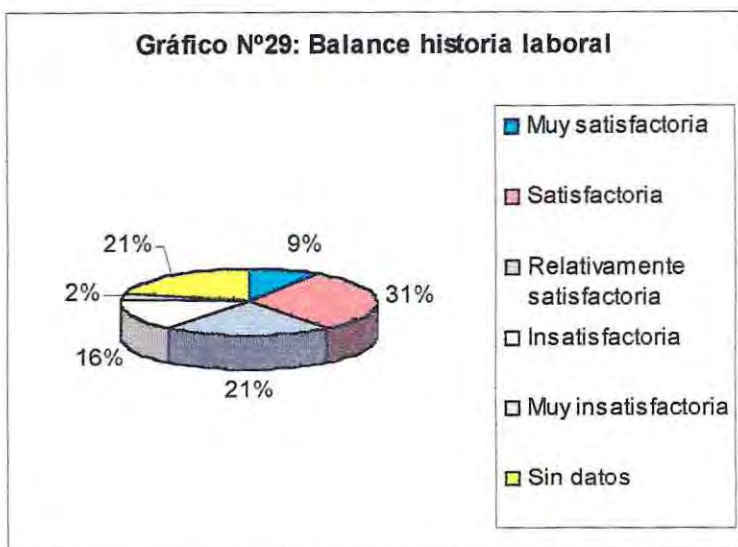


Gráfico N°28: Balance vida social



El gráfico N°27 indica que el 45% de la población tiende a considerarse sociable, el 28% se considera relativamente sociable y sólo el 18% de la población se evalúa con baja sociabilidad. En el gráfico N°28 se observa que la mayoría de la población se encuentra relativamente satisfecha (30%) con su vida social, sin que exista una clara tendencia hacia al polo de la satisfacción o insatisfacción.



En el gráfico N°29 aparece el balance global que hacen los sujetos de su historia laboral. Éste muestra que la mayoría de la población se encuentra satisfecha en este ámbito (61%).

Los gráficos N° 30-A, N° 30-B, N° 31, N° 32 y N° 33, se refieren a la historia sexual y de relaciones de pareja, de los sujetos de la muestra.

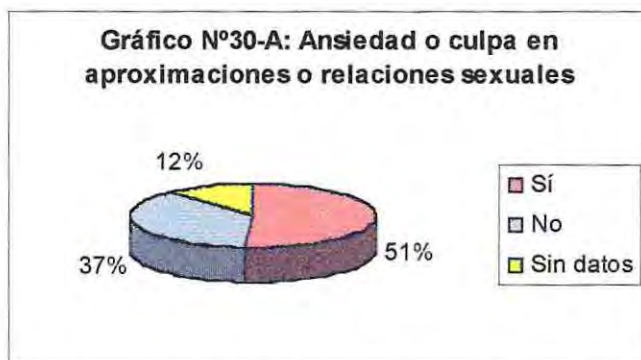
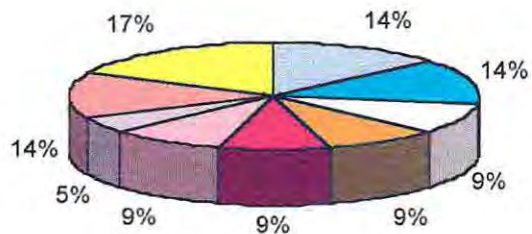
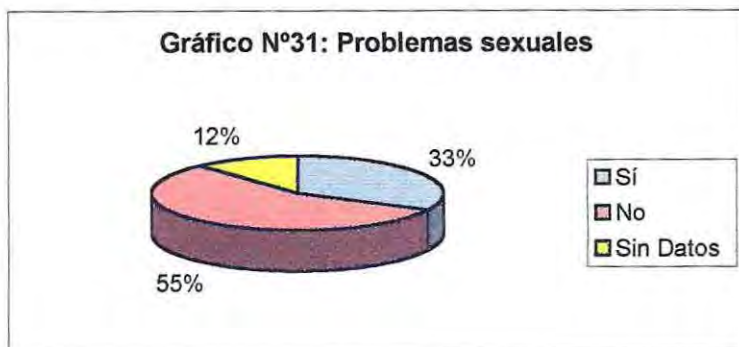


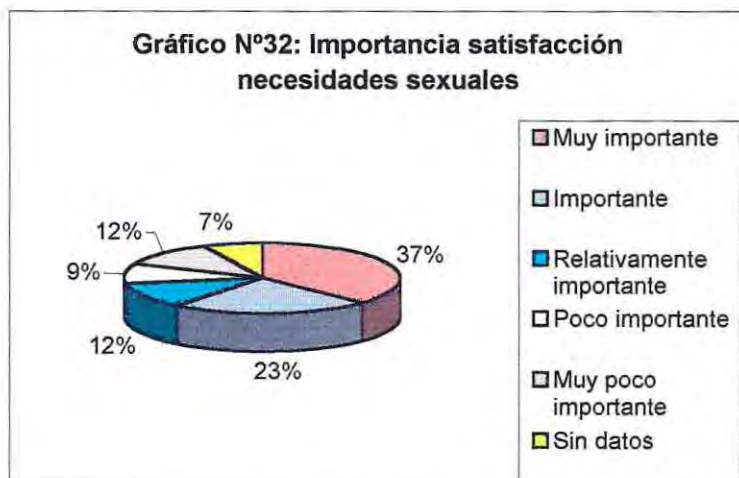
Gráfico N°30-B: Detalle ansiedades o culpas

- Abuso/violación
- Sexo sin querer a la persona
- Preocupación por el bienestar de la pareja
- Característica personal negativa
- Experimenta sentimientos desagradables
- Disfunción sexual
- Infidelidad
- Otro
- No comenta

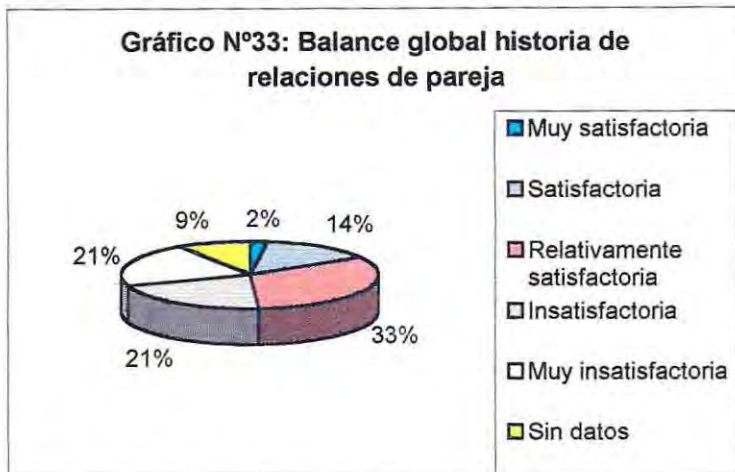
El gráfico N°30-A da cuenta que la mayoría de la población (51%) refiere la existencia de ansiedades o culpas en aproximaciones o relaciones sexuales, mientras que un 37% no las refiere. Al hacer un análisis de la naturaleza de estas ansiedades (Gráfico N° 30-B) puede observarse que un 14% señala que éstas se originan a partir de experiencias de abuso o violación y un 14% lo vincula con la experiencia de haber tenido relaciones sexuales con una persona a la que no querían. También, refieren la presencia de una característica personal negativa, la experimentación de sentimientos altamente displacenteros y la preocupación por el bienestar de la pareja, como motivos de las ansiedades, pero en un grado menor (9%). La infidelidad se refirió en un 5% de los casos. La categoría "otros" (14%) reúne a aquellos sujetos cuyas respuestas no se podían incluir en ninguna de las motivaciones generales antes señaladas. Un 17% no explicita la naturaleza de sus ansiedades y/o culpas.



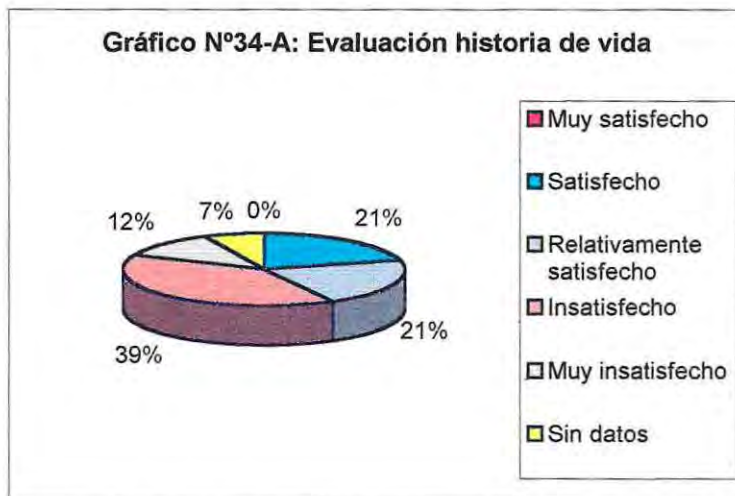
Tal como muestra el gráfico N°31 la mayoría de la muestra (55%) considera que no ha tenido ningún tipo de problema sexual.



En el gráfico N°32 se observa que la mayoría de los sujetos (72%) considera relevante la satisfacción de sus necesidades sexuales. Sólo para el 21% de la población esto no es importante.

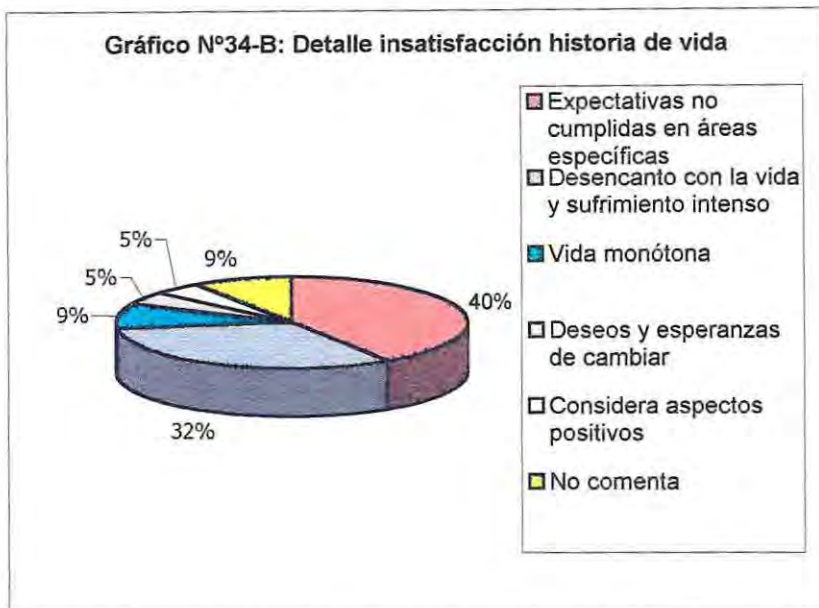


Al realizar un balance global en el ámbito de las relaciones de pareja (gráfico N° 33), la mayoría de los participantes refiere no sentirse satisfecho (42%), evaluándola como insatisfactoria o muy insatisfactoria.



Al considerar en términos globales lo que ha sido su historia de vida (gráfico 34-A), los sujetos refieren sentirse mayoritariamente disconformes (51%), estando insatisfechos un 39% y muy insatisfechos un 12%. El 21% de la muestra se considera relativamente satisfecho, otro

21% refiere sentirse satisfecho. No hay sujetos que se sientan muy satisfechos con su historia de vida.

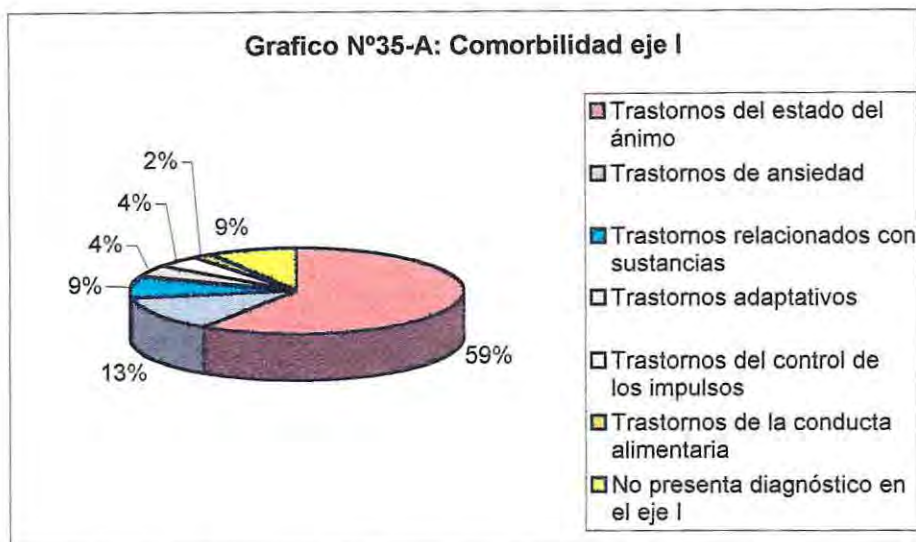


Al realizar un análisis de los comentarios de los sujetos que se declararon disconformes (Gráfico N°34-B), hay dos categorías que concentran la mayoría de las descripciones. Una corresponde a expectativas no cumplidas en algún área específica (40%) tal como el trabajo, los estudios, las parejas, etc., y la otra a un desencanto general con la vida y la presencia de sufrimiento intenso (32%). Otras categorías referidas en menor porcentaje son: la vida monótona (9%), los deseos y esperanzas de cambiar (5%) y considerar aspectos positivos a pesar de sentirse insatisfechos (5%).

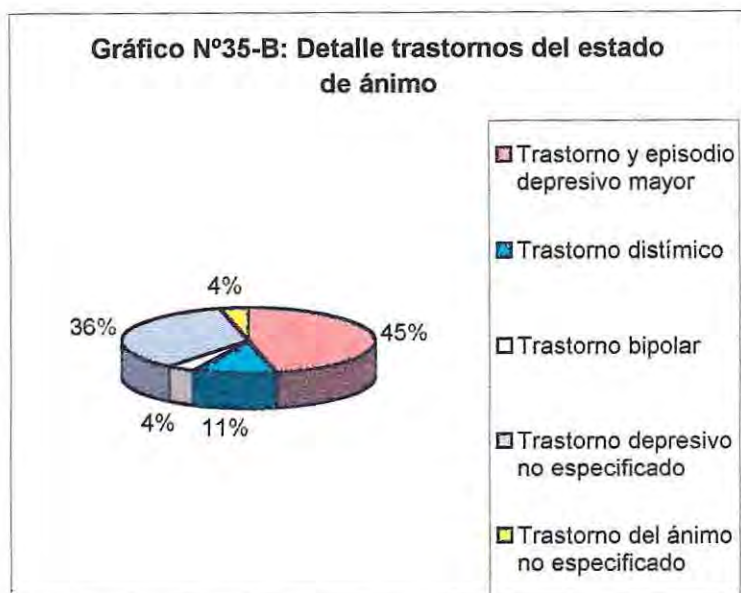
6.1.8 Comorbilidad

Para la descripción de la comorbilidad, se ha considerado el co-diagnóstico del Eje I obtenido a partir del archivo clínico del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (EX-CECIDEP).

En los siguientes gráficos, se realiza un análisis de la distribución de los trastornos presentados por los sujetos.



Tal como se observa en el gráfico N° 35–A, el diagnóstico del Eje I más frecuente es el de trastornos del ánimo (59%), seguido de los trastornos de ansiedad (13%). También se presentan en un porcentaje menor los trastornos relacionados con sustancias (9%), los trastornos adaptativos (4%), trastornos del control de impulsos (4%) y trastornos de la conducta alimentaria (2%). Un 9% de los sujetos no presenta trastornos del eje I, manifestando, sin embargo, diagnósticos en otros ejes del DSM-IV.



El análisis de los trastornos del estado de ánimo, muestra que éstos son mayoritariamente de índole depresiva, habiendo sido diagnosticados el 45% de los sujetos con un trastorno o episodio depresivo mayor, el 36% con un trastorno depresivo no especificado y el 11% con un trastorno distímico. Sólo un 4% recibió el codiagnóstico de trastorno bipolar. En un 4% no se especificó el tipo de trastorno del ánimo.

6.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

En el análisis de las diferencias pre- post tratamiento se contó con una muestra de 4 sujetos, los que a la fecha de la medición post (Octubre del 2002) eran los únicos que habían concluido su proceso terapéutico en el ICPSI.

Con el fin de contrastar las cuatro hipótesis de la investigación, se estableció el "punto cutoff a" para cada una de las nueve escalas con medición pre-post (Autoimagen, Autoestima, Autoeficacia, Satisfacción matrimonial, Satisfacción de necesidades, Ansiedad, Depresión, Alexitimia y Tolerancia a la frustración). Estos puntos fueron establecidos a partir del promedio y

desviación estándar de cada escala en el pretratamiento, considerando los 43 sujetos que componían la totalidad de la muestra de la primera etapa.

En la tabla N°6 se da a conocer el promedio de cada escala y el rango de funcionamiento respectivo (alto, medio, bajo), la desviación estándar y el "punto cutoff a", obtenido al sumar dos desviaciones estándar al promedio de cada escala, en dirección del rango funcional.

Tabla N°6: Promedios escalas FECl en el pre-tratamiento, desviaciones estándar y puntos cutoff a.

ESCALA	PROMEDIO	RANGO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	"PUNTO CUTOFF A"
Autoimagen	28,21	Bajo	5,87	39,95
Autoestima	29,76	Bajo	8,47	46,70
Autoeficacia	17,74	Bajo	4,05	25,84
Satisfacción matrimonial	36,83	Bajo	10,99	58,81
Satisfacción de necesidades	29,20	Bajo	7,42	44,04
Ansiedad	10,33	Alto	4,74	0,85
Depresión	10,07	Alto	4,78	0,51
Alexitimia	41,95	Alto	8,84	24,27
Tolerancia a la frustración	13,53	Medio	4,54	4,45

6.2.1 Resultados Primera Hipótesis

La primera hipótesis de investigación postulaba que: *"elevados puntajes en la escala de neuroticismo en el pretratamiento, se relacionarán con cambios no significativos clínicamente en las escalas de sintomatología ansiosa y depresiva"*.

En la tabla N°7 aparecen los resultados de las escalas de neuroticismo, ansiedad y depresión. Como puede observarse, los cuatro sujetos presentaron altos puntajes en la escala de neuroticismo en el pretratamiento y ninguno de ellos presentó un cambio clínicamente

significativo en las escalas de ansiedad o depresión. El sujeto 2 incluso presentó un cambio en el sentido del deterioro, en la escala de depresión.

En conclusión, se encontró evidencia a favor de la hipótesis, considerando la relación observada entre las altas puntuaciones en neuroticismo y la ausencia de cambios clínicamente significativos.

Sin embargo, al hacer un análisis considerando como criterio los rangos de funcionamiento, es posible observar cambios que el criterio de Jacobson no permite recoger. En la escala de ansiedad, el sujeto 1 disminuyó su sintomatología, desplazándose desde el rango alto al rango bajo de funcionamiento. En la escala de depresión, tanto el sujeto 1 como el sujeto 3 mostraron una mejoría, cambiando el sujeto 1 desde el rango alto al rango bajo, y el sujeto 3 del rango medio al rango bajo.

Tabla N°7: Resultados Escalas Primera hipótesis

ESCALAS	SUJETO	VALOR PRE	RANGO	VALOR POST	RANGO	CUTOFF A	CRITERIO CAMBIO ⁴
Neuroticismo	1	17	Alto				
	2	17	Alto				
	3	21	Alto				
	4	20	Alto				
Ansiedad	1	9	Alto	4	Bajo	0,85	N
	2	11	Alto	9	Alto		N
	3	12	Alto	11	Alto		N
	4	13	Alto	9	Alto		N
Depresión	1	12	Alto	3	Bajo	0,51	N
	2	7	Medio	15	Alto		D
	3	8	Medio	2	Bajo		N
	4	15	Alto	13	Alto		N

⁴ Para el análisis de la significación clínica de los resultados, se establecieron cinco criterios de cambio (propuestos por Jacobson y col. 1991 cit. en Calderón C., 2001)

R= Recuperados. Existe cambio clínicamente significativo (atraviesa punto cutoff a) pero no es confiable, es decir, los valores RCI no son significativos.

M= Mejorados. Los cambios son clínicamente significativos y confiables

N= No se evidencia cambio clínicamente significativo.

D= Deterioro, cambio en el sentido de la disfuncionalidad. No se puede determinar su significación clínica o estadística a partir de los criterios de análisis propuesto.

ND= No se puede determinar por ausencia de valores en la primera o segunda medición

6.2.2 Resultados Segunda Hipótesis

La segunda hipótesis de investigación postulaba que: *“aquellos sujetos que tengan altos puntajes en la escala de asertividad en el pretratamiento, mejorarán más sus puntuaciones en la escala de satisfacción de necesidades, que aquellos con bajas puntuaciones”*.

En la tabla N°8 aparecen los resultados de estas escalas. El sujeto 2 que presentó alto puntaje en la escala de asertividad, obtuvo el mismo puntaje en la escala de satisfacción de necesidades, manteniéndose en el rango medio de funcionamiento, sin evidenciar cambio clínicamente significativo. El sujeto 3 que tenía un puntaje medio en asertividad, experimentó cambio en sentido de la mejoría, variando del rango bajo al rango medio, el cual no es clínicamente significativo.

El sujeto 1 que presentó bajo puntaje en asertividad, se desplazó del rango bajo al rango alto de funcionamiento en la escala de satisfacción de necesidades, experimentando también una mejoría clínicamente no significativa, mientras que el sujeto 4, que también obtuvo bajo puntaje en asertividad, experimentó un cambio en el sentido de la disfuncionalidad, manteniéndose en el rango medio de funcionamiento.

La variabilidad en la dirección de los cambios experimentados por los sujetos, no permite establecer una relación directa entre asertividad y satisfacción de necesidades, encontrándose de este modo evidencia en contra de la hipótesis planteada.

Tabla N°8: Resultados Escalas Segunda hipótesis

ESCALAS	SUJETO	VALOR PRE	RANGO	VALOR POST	RANGO	CUTOFF A	CRITERIO CAMBIO
Asertividad	1	-43	Bajo				
	2	21	Alto				
	3	12	Medio				
	4	-24	Bajo				
Satisfacción de necesidades	1	19	Bajo	37	Alto	44,04	N
	2	34	Medio	34	Medio		N
	3	29	Bajo	33	Medio		N
	4	33	Medio	32	Medio		D

6.2.3 Resultados Tercera Hipótesis

La tercera hipótesis de investigación postulaba que: *“aquellos sujetos que tengan altos puntajes en la escala de tolerancia a la frustración (muy intolerantes) en el pretratamiento, presentarán menores porcentajes de cambio clínicamente significativo en todas las escalas clínicas post tratamiento, en comparación con aquellos sujetos que presentan menores puntajes iniciales en esta escala.”*

En la tabla N°9 se presentan los resultados de las escalas contempladas en esta hipótesis. En ella puede observarse que los sujetos 1 y 2 tenían baja tolerancia a la frustración y los sujetos 3 y 4 tenían mayor tolerancia.

Los sujetos con menor tolerancia a la frustración, obtuvieron distintos resultados según las escalas. El sujeto 1 experimentó un cambio clínicamente significativo en la escala de alexitimia, pasando el punto cutoff a, sin que este valor sea confiable (IRC =1.46), ubicándose en la categoría recuperado. En el resto de las escalas, experimentó cambios en el sentido de la mejoría, los cuales no son clínicamente significativos. Sin embargo, las diferencias entre valores pre y post tratamiento muestran un amplio margen de cambio de rango en todas las escalas. El sujeto 2, en tanto, en ninguna escala mostró cambio clínicamente significativo, experimentando deterioro en la sintomatología depresiva. Este sujeto se mantuvo en los rangos de funcionamiento pretratamiento en todas las escalas, excepto en autoeficacia donde subió al rango medio.

En cuanto a los sujetos con mayor tolerancia a la frustración, se aprecia que el sujeto 3 (tolerancia media) no mostró cambios clínicamente significativos en ninguna escala, experimentando cambios en sentido de la disfuncionalidad en la escala de autoestima y satisfacción matrimonial, permaneciendo sin embargo en el rango medio. Autoimagen y satisfacción de necesidades variaron del rango bajo al medio y depresión del rango medio al bajo. Las escalas de autoeficacia, ansiedad y alexitimia permanecieron en el rango de

funcionamiento pretratamiento. El sujeto 4 (baja intolerancia) tampoco mostró cambios clínicamente significativos, experimentando deterioro en las escalas de autoeficacia y satisfacción de necesidades, manteniéndose sin embargo, en el rango bajo y medio respectivamente. Las escalas de autoimagen y autoestima permanecieron en el rango bajo, mientras que ansiedad, depresión y alexitimia continuaron en el rango alto.

Tabla N°9: Resultados Escalas Tercera hipótesis

ESCALAS	SUJETO	VALOR PRE	RANGO	VALOR POST	RANGO	CUTOFF A	CRITERIO CAMBIO
Tolerancia a la frustración	1	19	Alto				
	2	21	Alto				
	3	12	Medio				
	4	5	Bajo				
Autoimagen	1	24	Bajo	35	Medio	39,95	N
	2	30	Bajo	31	Bajo		N
	3	26	Bajo	34	Medio		N
	4	23	Bajo	24	Bajo		N
Autoestima	1	16	Bajo	37	Medio	46,7	N
	2	25	Bajo	28	Bajo		N
	3	34	Medio	33	Medio		D
	4	20	Bajo	26	Bajo		N
Autoeficacia	1	14	Bajo	22	Alto	25,84	N
	2	16	Bajo	19	Medio		N
	3	19	Medio	19	Medio		N
	4	14	Bajo	13	Bajo		D
Satisfacción matrimonial	1	-*	-	55	Alto	58,81	ND
	2	-	-	-	-		ND
	3	45	Medio	44	Medio		D
	4	-	-	-	-		ND
Satisfacción de necesidades	1	19	Bajo	37	Alto	44,04	N
	2	34	Medio	34	Medio		N
	3	29	Bajo	33	Medio		N
	4	33	Medio	32	Medio		D
Ansiedad	1	9	alto	4	Bajo	0,85	N
	2	11	alto	9	Alto		N
	3	12	alto	11	Alto		N
	4	13	alto	9	Alto		N
Depresión	1	12	Alto	3	Bajo	0,51	N
	2	7	Medio	15	Alto		D
	3	8	Medio	2	Bajo		N
	4	15	Alto	13	Alto		N
Alexitimia	1	46	Alto	24	Bajo	24,27	R
	2	45	Alto	-	-		ND
	3	51	Alto	51	Alto		N
	4	62	Alto	50	Alto		N

(-) No contesta la escala

A partir del análisis antes referido, es posible concluir que no existe una relación entre el nivel de tolerancia a la frustración y el cambio experimentado por los sujetos en las distintas escalas clínicas. Tanto los sujetos con baja tolerancia a la frustración (1 y 2), como aquellos más tolerantes a la frustración (3 y 4), en general no presentaron cambios clínicamente significativos en las escalas post. Incluso, el único cambio clínicamente significativo lo presentó en la escala de alexitimia, el sujeto 1 que tenía baja tolerancia a la frustración. En conclusión, se encontró evidencia en contra de la hipótesis planteada.

6.2.4 Resultados Cuarta Hipótesis

La cuarta hipótesis de investigación postulaba que: *“elevados puntajes en la escala de irracionalidad cognitiva en el pretratamiento, se relacionarán con un cambio no significativo clínicamente en las escalas del sistema self”*

En la tabla N°10 aparecen los resultados de las escalas de irracionalidad cognitiva, autoimagen, autoestima y autoeficacia.

Tabla N°10: Resultados Escalas Cuarta hipótesis

ESCALAS	SUJETO	VALOR PRE	RANGO	VALOR POST	RANGO	CUTOFF A	CRITERIO CAMBIO
Irracionalidad cognitiva	1	41	Medio				
	2	56	Alto				
	3	42	Medio				
	4	53	Alto				
Autoimagen	1	24	Bajo	35	Medio	39,95	N
	2	30	Bajo	31	Bajo		N
	3	26	Bajo	34	Medio		N
	4	23	Bajo	24	Bajo		N
Autoestima	1	16	Bajo	37	Medio	46,7	N
	2	25	Bajo	28	Bajo		N
	3	34	Medio	33	Medio		D
	4	20	Bajo	26	Bajo		N
Autoeficacia	1	14	Bajo	22	Alto	25,84	N
	2	16	Bajo	19	Medio		N
	3	19	Medio	19	Medio		N
	4	14	Bajo	13	Bajo		D

Como puede observarse en la tabla, los sujetos 2 y 4 que presentaban una alta irracionalidad en el pretratamiento no presentaron cambios clínicamente significativos en las escalas del sistema self, evidenciando el sujeto 4 un deterioro en la escala de autoeficacia. Los datos por tanto apoyan la hipótesis planteada.

A pesar de que los sujetos que tuvieron puntuaciones medias en la escala de irracionalidad cognitiva, tampoco manifestaron cambios clínicamente significativos en la medición post, tuvieron un porcentaje mayor de cambios en dirección a la funcionalidad. Todos los sujetos con irracionalidad media que tenían en el rango bajo las escalas del self subieron en la medición post al rango medio y los que ya estaban en el rango medio permanecieron en éste rango. Mientras que de los sujetos que tenían alta irracionalidad, sólo uno subió al rango medio de funcionamiento.

VII. DISCUSIÓN

Acerca de las características clínicas de la muestra

En relación con los antecedentes demográficos, se observa que la prevalencia hombre-mujer obtenida en la investigación, es muy parecida a la postulada por el DSM-IV, donde se señala que el trastorno límite de la personalidad se diagnostica preferentemente en mujeres (alrededor de un 75%). El promedio de edad de los sujetos, muestra que el diagnóstico se realiza con mayor frecuencia entre los adultos jóvenes.

Los resultados en las escalas del sistema self (autoimagen, autoestima y autoeficacia) revelan que los sujetos tienden a percibirse y hacer evaluaciones negativas acerca de sí mismos. Esta tendencia, sin embargo no es tan evidente en sus expectativas de autoeficacia, lo que concuerda con lo postulado por Bandura (1987), quien señala que los juicios de autovalía y de autocapacidad no guardan una relación uniforme. Así, el individuo puede considerarse muy eficaz en una actividad de la cual no deriva autoaprecio, o bien, juzgarse ineficaz en una actividad determinada, sin que ello haga disminuir su sentido de autovalía.

En el sistema cognitivo, el perfeccionismo y el pensamiento dicotómico se presentan como dos características relevantes. Según los teóricos cognitivos, la categorización dicotómica que los sujetos límite se aplican a sí mismos, les conduce a la conclusión de que al presentar cualquier carencia, no valen absolutamente nada. En este sentido, la conjugación del pensamiento todo- nada, más los altos criterios con los que miden sus logros (alto perfeccionismo), podría estar relacionada con la disminución en las escalas del sistema self, señalada anteriormente.

Los resultados en las escalas del sistema conductual (Asertividad y Repertorio Conductual) muestran la existencia de un déficit en el ámbito de las competencias sociales. A partir de esto, se esperaba que la escala de discomfort emocional estuviera más elevada,

considerando que los ítemes incluidos en ésta, tienen relación con el grado de perturbación emocional experimentado por los sujetos en situaciones de interacción social que requieren ciertas habilidades asertivas. Sin embargo, el bajo discomfort emocional podría explicarse por el elevado nivel de alexitimia presentado por la muestra.

En la esfera biológica, se reportaron altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, en la mayoría de los sujetos en estudio. El cuestionario de personalidad de Eysenck mostró una notoria tendencia hacia los polos del neuroticismo (inestabilidad) y del psicoticismo, y en grado menor hacia el polo de la introversión. Si se piensa que la dimensión de neuroticismo hace referencia a las diferencias individuales de excitabilidad y responsividad del sistema nervioso simpático, es coherente el hecho de que tanto la escala de sintomatología ansiosa como la de neuroticismo, se encuentren elevadas en la misma proporción.

Por otra parte, parece relevante que tanto las escalas de neuroticismo como de psicoticismo se encuentren elevadas al mismo tiempo. Estos resultados son concordantes con la concepción del trastorno —ampliamente referida en la literatura— como una categoría limítrofe entre las neurosis y las psicosis.

En cuanto a los aspectos históricos, se reporta con mucha frecuencia la vivencia de experiencias tempranas dolorosas vinculadas con la familia de origen (conflictos entre los padres, pérdida de un familiar, violencia intrafamiliar, alcoholismo, etc.), las cuales son referidas por algunos sujetos como causas de sus problemas actuales. Estos datos concuerdan con los estudios clínicos que señalan una alta prevalencia de abuso físico y/o sexual en la historia de los sujetos con trastorno límite y revelan también una incipiente comprensión acerca del origen de sus conflictos internos.

Al considerar los aspectos relacionales se observa que el ámbito laboral es donde se sienten más satisfechos, seguido del ámbito social. En el área de las relaciones de pareja es donde se observa la mayor insatisfacción. Estos resultados guardan relación con los postulados de los teóricos de las relaciones objetales, que plantean la dificultad de estos sujetos para el

establecimiento de vínculos profundos. En este sentido, era esperable la diferencia observada en el nivel de satisfacción entre el ámbito laboral y el de relaciones de pareja, considerando que el trabajo no implica necesariamente relaciones de mayor intimidad y que la constitución de un vínculo de pareja está fuertemente influida por las relaciones tempranas establecidas con los cuidadores.

Al hacer una evaluación global de lo que ha sido su historia de vida, los participantes refieren sentirse mayoritariamente insatisfechos. Al observar la realidad externa, su pasado o a sí mismos, estos sujetos tienden a focalizarse preferentemente en los aspectos negativos. Este sesgo atencional es referido por ellos mismos y se refleja en los comentarios a preguntas sobre su vida, muchos de los cuales están teñidos de un tinte de dramatismo y desesperanza.

El análisis de la comorbilidad en el Eje I muestra una alta prevalencia de Trastornos del ánimo, fundamentalmente episodios depresivos mayores (o no especificados), lo que también se ha señalado en el DSM-IV. Los trastornos de ansiedad aparecen como la segunda categoría más prevalente. A pesar del alto nivel de sintomatología ansiosa referida por los sujetos, ésta no tiende a configurar trastornos específicos –y por tanto, a ser diagnosticados- en la misma magnitud en la que lo hacen los síntomas depresivos.

Acerca de las hipótesis y el cambio clínico

La presente investigación pretendía predecir el cambio en ciertas variables clínicas, a partir de los valores pretratamiento de algunas escalas de la FECL. Luego de la contrastación de las hipótesis, surgieron como posibles variables predictoras el nivel de neuroticismo y de irracionalidad cognitiva, y se descartaron como variables predictoras del cambio, el nivel de asertividad y de tolerancia a la frustración.

Si bien se obtuvo apoyo empírico para el hecho de que un alto neuroticismo pretratamiento, se relaciona con cambios clínicamente no significativos en la sintomatología

ansiosa y depresiva, existen algunas restricciones en el tipo de información obtenida. Por una parte, está el hecho de que en la muestra no había sujetos con un nivel de neuroticismo medio o bajo, con los cuales se pudiera comparar los resultados del cambio en las escalas post, otorgando de este modo mayor solidez a los resultados. Por otra parte, la baja incidencia de cambio clínicamente significativo en todas las escalas post de la FECI, cuestiona la idea de que el nivel de neuroticismo sea la única variable predictora en la reducción de los síntomas ansiosos y depresivos, puesto que se podría haber seleccionado otra variable –tal como alexitimia por ejemplo- y también se habría observado la relación con cambios clínicamente no significativos en estas escalas.

En cuanto a la hipótesis que postulaba que un alto nivel de irracionalidad cognitiva pretratamiento, se relaciona con cambios clínicamente no significativos en el sistema self, que también fue confirmada, la limitación anteriormente expuesta no se presentó, puesto que hubo sujetos tanto con alta irracionalidad como con irracionalidad media. El análisis de los cambios de rangos de funcionamiento, mostró la relación existente entre esta variable y las escalas del sistema self, relación que no se hacía evidente con el criterio de Jacobson.

Al comparar los resultados de la medición post entre los cuatro sujetos de la muestra, se observó que el sujeto 1 tuvo un cambio considerable en todas las escalas. A pesar de que estos cambios sólo en una escala sobrepasaron el “punto cutoff a” y fueron por tanto, clínicamente significativos, mostraron una tendencia positiva en cuanto a los rangos de funcionamiento. De este modo, en las escalas del self alcanzó el rango medio (autoimagen, autoestima) y alto (autoeficacia). La satisfacción de necesidades también llegó al rango alto. Finalmente, las escalas de síntomas ansiosos, depresivos y de alexitimia bajaron del rango alto al rango bajo.

La magnitud del cambio experimentado por este sujeto, motivó a las autoras de este estudio a buscar, entre las características clínicas del pretratamiento, alguna en la que se distinguiera de los otros sujetos de la muestra. Este análisis mostró que, en todas las escalas, los rangos de funcionamiento del sujeto 1 eran similares a las de los otros. La única

característica en la que difiere del resto de los participantes, es la duración del proceso terapéutico, donde el margen de tiempo pre- post tratamiento para el sujeto 1 es de 4 años, mientras que para el sujeto 2 es de 1 año, para el sujeto 3 es de 10 meses y para el sujeto 4 es de 6 meses.

Por otra parte, si se considera la variable tiempo como característica distintiva del sujeto 1, es posible entender a posteriori el resultado inesperado de la tercera hipótesis, en la cual, éste evidenció los mayores cambios a pesar de su bajo nivel de tolerancia a la frustración. Según nuestro entendimiento resulta necesario que esta hipótesis sea nuevamente investigada, ya que además de lo anterior, la literatura refiere un bajo nivel de tolerancia a la frustración como característica del trastorno y en la muestra en estudio se observaron niveles medios de tolerancia, lo que resulta atípico desde el punto de vista teórico.

Finalmente, se visualizan algunas implicancias para el trabajo terapéutico con los pacientes, tomando en cuenta las variables que surgieron como predictoras del cambio clínico. En primer lugar, un elevado nivel de neuroticismo al comienzo del tratamiento, evidenciado ya sea por la observación clínica o por la medición psicométrica, hablaría a favor de una intervención farmacológica en el tratamiento de los síntomas ansiosos, entendiendo que estos se relacionarían más con una dimensión estable de la personalidad que con eventos transitorios. En segundo lugar, se presenta la irracionalidad cognitiva como una variable importante de trabajar en el contexto terapéutico, considerando su carácter modificable y la influencia que ejerce sobre el sistema self del paciente, el cual desde un punto de vista psicodinámico constituiría el núcleo del trastorno.

Limitaciones y potencialidades de la investigación

En cuanto a las limitaciones que presenta la investigación, la primera la constituye el pequeño número de personas (cuatro) que contaba con medición post al momento de hacer

nuestro estudio. En este sentido, el número de datos disponibles para poner a prueba las hipótesis eran reducidos y debido a ello sería interesante replicar esta investigación con una muestra más grande, que permita realizar análisis estadísticos más refinados.

Una segunda limitación hace referencia a la utilización del criterio de Jacobson para encontrar evidencia a favor o en contra de las hipótesis, siendo un hecho relevante que no se observaran cambios clínicamente significativos y que cuando ocurrieron (en un caso) no fueron estadísticamente confiables. Con este criterio, las diferencias en el nivel de cambio experimentado después de la terapia entre sujeto y sujeto, no son reconocidas, quedando todos los pacientes agrupados en una misma categoría. Esto, debido a que los “puntos cutoff a” calculados, en muchos casos implicaban que el sujeto debía obtener el puntaje tope del rango para tener un cambio clínicamente significativo o bien, como en el caso de la escala de autoeficacia, era imposible que algún sujeto tuviera un cambio clínicamente significativo, puesto que el punto cutoff sobrepasaba el puntaje máximo de la escala.

Una de las potencialidades de la presente investigación, lo constituye el haber considerado distintos niveles de descripción y no sólo aquellos que se referían a aspectos clínicos, lo que proporciona un contexto más amplio para entender las manifestaciones de la psicopatología del límite. En este sentido, fue enriquecedor contemplar los autorreportes de los sujetos en los ámbitos histórico-relacionales, y las autoevaluaciones globales que hacían acerca de éstos, considerando de este modo dimensiones temporales más prolongadas.

Una segunda potencialidad lo constituye el haber trabajado con una muestra clínica chilena, debido a que no son muchos los estudios que se han realizado en este terreno en el país. En este sentido, la presente investigación permite acercar estos resultados a la realidad de los clínicos nacionales.

Proyecciones y lineamientos para futuras investigaciones

Debido al pequeño número de sujetos que contaban con medición post, los resultados obtenidos en la contrastación de las hipótesis sobre el cambio clínico, deben ser vistos como preliminares. En este sentido, es de gran importancia que en el futuro continúe la investigación acerca de este tema, ya que de este modo se podrían contrastar los resultados obtenidos en este estudio.

Un campo de investigación se abre para aquellos aspectos que no fueron evaluados en esta investigación, tales como los mecanismos de defensa, la patología de las relaciones objetales y otros elementos derivados de la conceptualización psicoanalítica, que también están relacionados con la dinámica del trastorno.

Considerando los hallazgos obtenidos en esta investigación, otros terrenos de estudio se hacen posibles. En primer lugar, la variable irracionalidad cognitiva que surge como un elemento predictor del cambio clínico en el sistema self, resultaría interesante estudiarla dentro del marco del estudio de procesos. El análisis realizado muestra que éste es un factor relevante en la génesis del cambio clínico, y en este sentido abre nuevas luces sobre las posibilidades de intervención en el trastorno límite, pero no permite saber, por ejemplo, en qué momento de la intervención psicoterapéutica tiene mayor efectividad abordarlo.

En segundo lugar, podrían ser estudiadas con mayor especificidad, las relaciones entre la alexitimia y la exposición a estresores. Es así como resultaría de interés correlacionar el grado de alexitimia con la naturaleza de los eventos estresantes vividos (ocasional v/s crónico) especialmente en el ámbito de la violencia intrafamiliar, que fue el estresor ambiental mayormente referido por la población en estudio.

En tercer lugar, resultaría muy aportativo una investigación en la que se distinguieran como subgrupos de pacientes límite, aquellos que presentan un trastorno depresivo en el Eje I, de aquellos que no lo presentan. La tendencia a focalizarse en los eventos negativos y la

desesperanza de las historias, podría ser explicada en parte por la presencia de un trastorno del ánimo. En esta investigación, la existencia de un co-diagnóstico no permite dilucidar el origen de estas percepciones.

VIII. CONCLUSIONES

1. Los resultados del sistema self, muestran la tendencia de estos sujetos a hacer evaluaciones negativas sobre sí mismos.
 2. En el sistema cognitivo, el perfeccionismo y el pensamiento dicotómico aparecen como dos características relevantes.
 3. A nivel conductual se observa un déficit en las habilidades sociales.
 4. En la esfera biológica, se aprecian altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, así como elevadas puntuaciones, en las escalas de neuroticismo y psicoticismo.
 5. El análisis de los aspectos histórico- relacionales, revela la presencia de experiencias tempranas dolorosas vinculadas con la familia de origen. Dentro de las áreas de funcionamiento, el ámbito laboral aparece como aquél que proporciona mayor satisfacción, seguido por el área social, con insatisfacción en el ámbito de las relaciones de pareja. En la evaluación global de la historia de vida también se muestran mayoritariamente insatisfechos.
 6. Como co-diagnóstico en el Eje I se presentan con mayor frecuencia los trastornos del ánimo.
 7. La contrastación de las hipótesis clínicas mostró como variables predictoras del cambio clínico, el nivel de neuroticismo y de irracionalidad cognitiva, y descartó el nivel de asertividad y de tolerancia a la frustración.
 8. La principal limitación de esta investigación, la constituye el reducido tamaño de la muestra. Mientras que su mayor potencialidad, radica en la consideración de distintos niveles de descripción.
 9. Como proyecciones del presente estudio, se vislumbran la investigación sobre irracionalidad cognitiva, alexitimia y trastornos depresivos.
-

IX. REFERENCIAS

- APA (1994) DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Editorial Masson, México
- Bandura, Albert (1987) Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Editorial Martínez Roca, Barcelona
- Beck, Aaron y Freeman, Arthur (1995) Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad Editorial Paidós, Barcelona
- Behar, Rosa; Trastornos de la conducta alimentaria en Heerlein, Andrés, Editor (2000) Psiquiatría clínica Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago.
- Báguena, María José y Belloch, Amparo (1985) Extraversión, psicoticismo y dimensiones emocionales de la personalidad Editorial Promolibro, Valencia
- Belloch, Amparo; Sandin Bonifacio; Ramos, Francisco (1995) Manual de Psicopatología Editorial McGraw-Hill, Madrid
- Calderón, Claudia (2000) Evaluación de resultados en psicoterapia: alcances, limitaciones, necesidades y propuestas. Trabajo Seminario para la asignatura Planificación e Intervención Terapéutica I del Programa de Magíster Mención Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Chile
- Calderón, Claudia (2001) Psicoterapia integrativa en el tratamiento de trastornos de personalidad. Estudio descriptivo de resultados terapéuticos. Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para optar al Grado Académico de Magíster en Psicología, Mención en Psicología Clínica.
- Carrera, Carlos (1999) Ensayo Monográfico sobre las Terapias Cognitivo Conductuales. Un estudio sistemático y actualizado Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para optar al Título de Psicólogo y al grado de Licenciado en Psicología
- Castanyer, Olga (1996) La asertividad: expresión de una sana autoestima Editorial Desclée de Brouwer.S.A., Bilbao
- Davidoff, Linda (1989) Introducción a la Psicología Editorial McGraw-Hill, México
- Drey, Carolina; Gómez Alejandra y Martínez Patricio (1998) Informe de revisión bibliográfica: TEST EPQ-R (adultos) adaptado Universidad de Valparaíso
- Ellis, Albert (1997) El estado de la cuestión en la Terapia Racional - Emotiva - Conductual. En Caro, Isabel (comp.), Manual de Psicoterapias Cognitivas (91 -101). Editorial Paidós, Barcelona
- Eysenck, Hans (1959) Estudio científico de la personalidad Editorial Paidós, Buenos Aires

- Eysenck, Hans y Eysenck, Michael (1987) Personalidad y diferencias individuales Ediciones Pirámide, Madrid
- Feixas, Guillem y Botella, Luis (2001) Integración en psicoterapia: Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En sitio WEB: <http://members.tripod.es/LuisBotella/n.htm>
- Fierro, Alfredo (1996) Manual de psicología de la personalidad Editorial Paidós, Barcelona
- Gold, Jerold y Stricker; George Editors (1993) Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration PlenumPress, New York
- Goldman, Stuart; D'Angelo, Eugene; DeMaso, David; Mezzacappa, Enrico (1992) Physical and Sexual Abuse Histories Among Children with Borderline Personality Disorder en American Journal of Psychiatry. Volume 149 Number 12, December
- Guajardo, Humberto; Bagladi, Verónica y Kushner, Diana (2000) Modelo Integrativo de Evaluación para Trastornos Adictivos en un Sistema Terapéutico Comunitario En sitio WEB: <http://www.mundomed.net/revistas/era/Revista/numero9>
- Fernández, Víctor Manuel (1999) Alexitimia En Revista Elementos N°35 Vol 6 En sitio WEB <http://www.elementos.buap.mx/num35/htm/Alexitimia.html>
- Heimann, Jean Pierre y Habinger, Esperanza (1993) Revisión del Trastorno de Personalidad Borderline en la Infancia y Adolescencia. En Revista Chilena de Neuropsiquiatría Volumen XXXI, Número 1 (Enero-Marzo) Editorial Universitaria.
- Kaplan, Harold; Sadock, Benjamin; Grebb, Jack (1996) Sinopsis de Psiquiatría Editorial Panamericana, Bogotá
- Kelly, J. (1992) Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones Editorial Desclée de Brouwer.S.A., Bilbao
- Kernberg, Otto (1979) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico Editorial Paidós, Buenos Aires
- Kernberg, Otto (1987) Trastornos graves de la personalidad Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., México
- Markowitz, Paul; Calabrese, Joseph; Schulz, Charles.; Meltzer, Herbert (1991) Fluoxetine in the Treatment of Borderline and Schizotypal Personality Disorders en The American Journal of Psychiatry Volume 148, Number 8, August
- Marsellach Gloria (1998) Técnicas de entrenamiento en asertividad. En sitio WEB: <http://www.ciudadfutura.com/psico/tecnicas/techabilidaes.htm>
- Mckay, Matthew; Fanning, Patrick (1991) Autoestima: evaluación y mejora Editorial Martínez Roca, Barcelona

- Medina, José (2001) Teoría necesidades humanas En sitio WEB:
http://perso.wanadoo.es/anierte_nick/apunt_diagn_enfermer_3.htm
- Millon, Theodore; Davis, Roger (1998) Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM-IV Editorial Masson, Barcelona
- O'Leary, Kathleen; Brouwers, Pim; Gardner, David; Cowdry, Rex (1991) Neuropsychological Testing of Patients with Borderline Personality Disorder en The American Journal of Psychiatry Volume 148, Number 1, January
- Opazo, Roberto (2001) Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica. Ediciones ICPSI, Santiago
- Papalia, Diane; Wendkos Olds, Sally (1987) Psicología Editorial McGraw-Hill. México
- Reeve, JohnMarshall (1994) Motivación y Emoción Editorial McGraw-Hill, Madrid
- Silva, Hernán (1993) La Esquizofrenia: de Kraepelin al DSM-IV Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago
- Sivak, Roberto y Wiater, Adriana (1997) Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos Editorial Paidós, Buenos Aires
- Vallés, Antonio; Vallés, Consol (1996) Las habilidades sociales en la escuela. Una propuesta curricular Editorial EOS, Madrid
- Witthaker, James (1984) Psicología Editorial Interamericana, México
- Zeitlin, Sharon; McNally, Richard; Cassiday, Karen (1993) Alexithymia in Victims of Sexual Assault: An Effect of Repeated Traumatization?. En The American Journal of Psychiatry Volume 150, Number 4, April
-

ANEXO 1:

PREGUNTAS FICHA FECI UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN

**FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL
(F.E.C.I.)^{*}**

La presente Ficha de Evaluación deriva del **Modelo Integrativo** del CECIDEP y procura recoger diversos antecedentes esenciales para su mejor atención clínica.

Iniciar un trabajo psicoterapéutico o de desarrollo psicológico implica una decisión importante, que supone una motivación para la revisión personal. Más aún, la investigación psicológica actual, demuestra que el proceso de psicoterapia se ve sustancialmente enriquecido, cuando existe una participación activa y comprometida por parte de la persona que consulta.

El presente cuestionario requiere precisamente de su participación activa. Dada la extensión de éste, Ud. podrá responderlo en dos o más etapas, si así lo desea. Lo fundamental es que se concentre en las preguntas y respuestas ya que este esfuerzo redundará en su propio beneficio.

Por favor responda con interés y veracidad, en la seguridad que estos antecedentes tendrán un carácter absolutamente **confidencial**. Trate de responder a todas las preguntas

^{*} Con el propósito de respetar los derechos de autoría, sólo se han incluido en este anexo las preguntas específicas de la Ficha FECI que fueron empleadas en el estudio.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

2. Sexo: M F

3. Edad: _____

II. ANTECEDENTES INICIALES

7. De la siguiente lista marque los **síntomas** que usted presenta con frecuencia en la actualidad

<input type="checkbox"/> 1. Problemas de atención y concentración	<input type="checkbox"/> 27. Sentimientos de culpa
<input type="checkbox"/> 2. Angustia	<input type="checkbox"/> 28. Tartamudez
<input type="checkbox"/> 3. Problemas de memoria	<input type="checkbox"/> 29. Alteraciones menstruales
<input type="checkbox"/> 4. Insomnio	<input type="checkbox"/> 30. Impotencia sexual
<input type="checkbox"/> 5. Exceso de sueño	<input type="checkbox"/> 31. Frigidez
<input type="checkbox"/> 6. Pesadillas	<input type="checkbox"/> 32. Eyaculación precoz
<input type="checkbox"/> 7. Sonambulismo	<input type="checkbox"/> 33. Dolor vaginal al tener relaciones sexuales
<input type="checkbox"/> 8. Aburrimiento	<input type="checkbox"/> 34. Poco deseo sexual
<input type="checkbox"/> 9. Irritabilidad	<input type="checkbox"/> 35. Tics
<input type="checkbox"/> 10. Mareos	<input type="checkbox"/> 36. Se fatiga fácilmente
<input type="checkbox"/> 11. Cefaleas (dolores de cabeza)	<input type="checkbox"/> 37. Llanto
<input type="checkbox"/> 12. Vómitos	<input type="checkbox"/> 38. Desánimo
<input type="checkbox"/> 13. Desmayos	<input type="checkbox"/> 39. Pena
<input type="checkbox"/> 14. Diarreas	<input type="checkbox"/> 40. Ingestión excesiva de alcohol
<input type="checkbox"/> 15. Constipación (dificultad para defecar)	<input type="checkbox"/> 41. Uso habitual de drogas
<input type="checkbox"/> 16. Taquicardia	<input type="checkbox"/> 42. Hipocondría
<input type="checkbox"/> 17. Arritmia	<input type="checkbox"/> 43. Miedos fóbicos
<input type="checkbox"/> 18. Transpiración de las manos	<input type="checkbox"/> 1. Las alturas
<input type="checkbox"/> 19. Onicofagia (se come las uñas)	<input type="checkbox"/> 2. Los espacios cerrados
<input type="checkbox"/> 20. Temblor en las manos	<input type="checkbox"/> 3. Viajar en avión
<input type="checkbox"/> 21. Bruxismo (aprieta mucho las mandíbulas al dormir)	<input type="checkbox"/> 4. Ver sangre
<input type="checkbox"/> 22. Come en exceso	<input type="checkbox"/> 5. Los espacios abiertos
<input type="checkbox"/> 23. Inapetencia	<input type="checkbox"/> 6. Otros
<input type="checkbox"/> 24. Sequedad bucal	<input type="checkbox"/> 44. Otros
<input type="checkbox"/> 25. Ideas obsesivas	
<input type="checkbox"/> 26. Ideas de suicidio	

Comentarios: _____

11. A continuación se enumeran diversas características a las que se da el nombre de **rasgos de personalidad**. Cada rasgo se presenta en un continuo con dos polos extremos. Haga un círculo en el número de cada continuo en el que se ubica ud. El número 2 indica que tiene acentuado el rasgo hacia ese polo y el 0 indica que se ubica entre ambos polos. Por favor responda a todas las preguntas y haga un círculo en cada continuo.

1.	Egoísta	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Poco egoísta
2.	Introvertido	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Extrovertido
3.	Dominante	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Sumiso
4.	Competitivo	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Poco competitivo
5.	Tolerante	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Intolerante
6.	Optimista	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Pesimista
7.	Pacífico	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Agresivo
8.	Celoso	2 – 1 – 0 – 1 – 2	No celoso
9.	Confiado	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Desconfiado
10.	Cariñoso	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Frío
11.	Pasivo	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Activo
12.	Alegre	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Triste
13.	Perfeccionista	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Descuidado
14.	Gastador	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Ahorrativo
15.	Ambicioso	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Sin ambiciones
16.	Tenso	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Relajado
17.	Tímido	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Poco tímido
18.	Impulsivo	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Sobrecontrolado
19.	Independiente	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Dependiente
20.	Paciente	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Impaciente
21.	Flexible	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Rígido
22.	Físicamente atractivo	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Físicamente poco atractivo
23.	Honesto	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Deshonesto
24.	Seguro	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Inseguro
25.	Simpático	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Antipático
26.	Responsable	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Irresponsable
27.	Estable	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Inestable
28.	Inteligente	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Poco inteligente
29.	Trabajador	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Flojo
30.	Exitoso	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Fracasado
Comentarios _____			

III SISTEMA BIO-CLÍNICO

20. El cuestionario siguiente se refiere al modo en que Ud. piensa, siente y actúa. Por favor responda a cada pregunta poniendo una X en el casillero correspondiente. No hay respuestas buenas o malas. Trabaje rápidamente y no piense mucho sobre el significado exacto de cada pregunta. Por favor trate de responder **todas** las preguntas.

E.P.Q. (Hans Eysenck)

PREGUNTA	SI	NO	PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Ocupa su tiempo libre dedicándose a muchas actividades diferentes			16. ¿Es una persona irritable?		
2. ¿Se detiene a pensar las cosas antes de hacerlas?			17. ¿Alguna vez ha culpado a alguien sabiendo realmente que la culpa era de Ud. mismo?		
3. ¿Su estado de ánimo sube o baja con frecuencia?			18. ¿Le gusta conocer gente nueva?		
4. ¿Ha aceptado alguna vez elogios por una cosa que ha hecho otro?			19. ¿Encuentra que es conveniente ahorrar y estar asegurado?		
5. ¿Es una persona conversadora?			20. ¿Son heridos fácilmente sus sentimientos?		
6. ¿Le preocupa tener deudas?			21. ¿Son todas sus costumbres buenas y deseables?		
7. ¿Algunas veces se ha sentido desdichado sin motivo alguno?			22. ¿Tiende a mantenerse en segundo plano en situaciones sociales?		
8. En la mesa, ¿se ha servido alguna vez más de lo que le correspondía o ha comido más de lo que sería apropiado?			23. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos dañinos o peligrosos?		
9. ¿Se asegura cuidadosamente que la puerta de su casa quede cerrada de noche?			24. ¿Se siente frecuentemente cansado de todo?		
10. ¿Normalmente es una persona animada?			25. ¿Alguna vez ha tomado una cosa que sea de otro?		
11. ¿Le afectaría mucho ver sufrir a un niño o a un animal?			26. ¿Le gusta mucho salir de casa?		
12. ¿Se preocupa frecuentemente se cosas que no debió haber dicho o hecho?			27. ¿Le divierte mucho hacerle daño a la gente?		
13. Si Ud. dice que hará una cosa ¿siempre mantiene su promesa sin importar le las molestias que eso le pudiera ocasionar?			28. ¿Frecuentemente está preocupado por sentimientos de culpa?		
14. ¿Le divertiría saltar con un paracaídas?			29. ¿A veces conversa de cosas que no conoce en absoluto?		
15. ¿Generalmente puede divertirse y pasarlo bien en una fiesta animada?			30. ¿Le gustaría más pasar el tiempo leyendo que reuniéndose con gente?		

31. ¿Tiene enemigos que quieran dañarlo?		52. ¿Se preocupa por su salud?		
32. ¿Se considera una persona nerviosa?		53. ¿Alguna vez ha contado cosas malas o desagradables de alguien?		
33. ¿Siempre se disculpa cuando se ha portado como un mal educado?		54. ¿Le gusta contar anécdotas o historias divertidas a sus amigos?		
34. ¿Tiene muchos amigos?		55. ¿Le dan lo mismo la mayoría de las cosas?		
35. ¿Le divierte hacer bromas que a veces pueden dañar a la gente?		56. ¿A veces está decaído?		
36. ¿Está permanentemente preocupado por algo?		57. ¿De pequeño alguna vez se comportó irrespetuosamente con sus padres?		
37. ¿De pequeño hacía las cosas tal y como le decían, inmediatamente y sin protestar?		58. ¿Le gusta juntarse con gente?		
38. ¿Se considera una persona despreocupada?		59. ¿Le preocupa si sabe que hay fallas en Ud. o en su trabajo?		
39. ¿La buena educación y la limpieza son muy importantes para usted?		60. ¿Sufre de insomnio?		
40. ¿Se inquieta por cosas terribles que pudieran suceder?		61. ¿Siempre se lava las manos antes de comer?		
41. ¿Alguna vez ha roto o perdido alguna cosa que fuera de otro?		62. ¿Casi siempre tiene una respuesta oportuna cuando le hablan?		
42. ¿Generalmente toma la iniciativa para hacer nuevos amigos?		63. ¿Le gusta llegar a las citas con tiempo de sobra?		
43. ¿Puede comprender fácilmente como se sienten las personas cuando le cuentan sus problemas?		64. ¿Se ha sentido frecuentemente apático y cansado sin motivos?		
44. ¿Se considera muy excitable o tenso?		65. ¿Alguna vez ha hecho trampa jugando?		
45. ¿Tira al suelo papeles cuando no hay un basurero a mano?		66. ¿Le gusta hacer cosas donde haya que actuar rápidamente?		
46. ¿Se mantiene generalmente tranquilo cuando no hay un basurero a mano?		67. ¿Es (o fue) su madre una buena mujer?		
47. ¿Piensa que el matrimonio está pasado de moda, y que debería ser suprimido?		68. ¿Piensa frecuentemente que la vida es muy aburrida?		
48. ¿Siente lástima por Ud. mismo de vez en cuando?		69. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?		
49. ¿A veces presume un poco de sus cualidades?		70. ¿Frecuentemente se compromete en más actividades de las que pueda hacer?		
50. ¿Puede dar fácilmente un poco de animación a una fiesta un poco aburrida?		71. ¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?		
51. ¿Le molesta la gente que conduce con demasiada cautela?		72. ¿Se preocupa mucho por su aspecto físico?		

73. ¿Siempre es educado, aún con gente desagradable?		88. ¿A veces le gusta molestar a los animales?	
74. ¿Cree que la gente pierde mucho tiempo salvaguardando su futuro con ahorros y provisiones?		89. ¿Se ofende fácilmente si encuentran defectos en Ud. o en su trabajo?	
75. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?		90. ¿La vida sin peligros sería muy aburrida para usted?	
76. ¿Evadiría los impuestos si estuviese seguro de que no será descubierto nunca?		91. ¿Alguna vez ha llegado tarde a alguna cita o al trabajo?	
77. ¿Es capaz de mantener el ambiente de una fiesta?		92. ¿Le gusta tener mucha actividad o animación a su alrededor?	
78. ¿Se preocupa de no ser brusco con la gente?		93. ¿Le gustaría que otros le tuviesen miedo?	
79. ¿Se preocupa por mucho tiempo luego de haber tenido una experiencia desagradable?		94. ¿A veces le sobra energía y otras se siente muy desganado?	
80. ¿Alguna vez ha insistido en salirse con la suya?		95. ¿A veces deja para mañana lo que debería haber hecho hoy?	
81. ¿Cuando toma el tren llega frecuentemente a último minuto?		96. ¿La gente piensa que Ud. es una persona muy animada?	
82. ¿Sufre de los nervios?		97. ¿Le dice a la gente muchas mentiras?	
83. ¿Alguna vez a dicho cosas con la intención de herir los sentimientos de otros?		98. ¿Le afectan fácilmente las cosas?	
84. ¿Detesta estar en un grupo de gente que se hace bromas ofensivas entre ellos?		99. ¿Cuando se ha equivocado, siempre está dispuesto a reconocerlo?	
85. ¿Sus amistades se terminan fácilmente sin que sea culpa suya?		100. ¿Sentiría mucha compasión por un animal cazado en una trampa?	
86. ¿Frecuentemente se siente solo?		101. ¿Le ha sido muy difícil llenar este cuestionario?	
87. ¿Hace siempre lo que predica?		POR FAVOR COMPRUEBE SI HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS.	

IV. HISTORIA FAMILIAR

9. ¿Con quiénes se **crió** usted?

1. Con sus padres

2. Con otras personas (especifique) _____

10. Sus padres ¿se **separaron**? 1. Si 2. No

En caso afirmativo, por favor indique las **causas** y la **edad** que Ud. tenía _____

11. En el proceso de formación de un niño los padres, profesores, etc., utilizan diversos sistemas de **premios** y **castigos**. En su formación:

- 1. Predominaron los premios sobre los castigos
- 2. Hubo equivalencia de premios y castigos
- 3. Predominaron los castigos

Por favor, explique la forma en que era **premiado** / **castigado** _____

14. Algunos padres aplican una política educativa común y bien sincronizada (padres **consistentes** entre sí). Otros difieren en políticas educativas y se contradicen en la práctica, por ejemplo en qué premian y qué castigan (padres **inconsistentes** entre sí).

Haciendo una evaluación general acerca de cómo fueron sus padres al respecto, ud. Considera que fueron:

- 1. Muy consistentes entre sí
- 2. Consistentes
- 3. Relativamente consistentes
- 4. Inconsistentes
- 5. Muy inconsistentes

Por favor, explicita _____

17. Evaluando lo que ha sido la relación de sus padres **como pareja**, Ud. considera que:

- 1. Ha sido buena sin mayores conflictos
- 2. Ha sido aceptable, con algunos conflictos
- 3. Ha sido mala, con muchos conflictos

Por favor, comente _____

19. En su vida con sus padres o con su familia de origen ¿hubo algún **hecho** o **característica** que Ud. considere especialmente importante?

20. Haciendo una evaluación global de lo que ha sido o fue su **vida familiar** con sus padres y hermanos Ud. considera que fue:

- 1. Excelente
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Muy mala

Comente _____

VI. HISTORIA LABORAL

3. Haciendo un balance global ¿Cómo evalúa Ud. su **historia laboral**?

- 1. Muy satisfactoria
- 2. Satisfactoria
- 3. Relativamente satisfactoria
- 4. Insatisfactoria
- 5. Muy insatisfactoria

VII. HISTORIA SOCIAL

1. A través de su **vida** Ud. ha sido una persona:

- 1. Muy sociable
- 2. Sociable
- 3. Relativamente sociable
- 4. Poco sociable
- 5. Muy poco sociable

6. Haciendo un **balance** de lo que es en la actualidad su vida social, incluyendo cantidad y calidad de amigos, frecuencia de actividades sociales, etc. a Ud. le resulta:

- 1. Plenamente satisfactoria
- 2. Satisfactoria
- 3. Relativamente satisfactoria
- 4. Insatisfactoria
- 5. Muy insatisfactoria

VIII. HISTORIA SEXUAL

3. ¿Ha tenido ansiedades o culpas en relación a **aproximaciones** o **relaciones sexuales**?

1. Si 2. No

Comente _____

5. En su vida ¿ha tenido algún tipo de **problemas sexuales**?

1. Si 2. No

Comente _____

8. La satisfacción de sus **necesidades sexuales** es para Ud. algo:

- 1. Muy importante
- 2. Importante
- 3. Relativamente importante

- 4. Poco importante
- 5. Muy poco importante

IX. HISTORIA DE SUS RELACIONES DE PAREJA

5. Haciendo un balance global, indique cómo evalúa Ud. su **historia de relaciones de pareja**:

- 1. Muy satisfactoria
- 2. Satisfactoria
- 3. Relativamente satisfactoria
- 4. Insatisfactoria
- 5. Muy insatisfactoria

Comente _____

X. EVALUACIÓN DE SU HISTORIA DE VIDA

1. Considerando en términos globales lo que ha sido hasta ahora la **historia de su vida**, Ud. se encuentra:

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Relativamente satisfecho
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho

Comente _____

XI. SISTEMA COGNITIVO

A continuación se formulan algunas preguntas relacionadas con sus características **cognitivas** o estilos de pensamiento. Trate de ser lo más realista que pueda en sus autoevaluaciones.

2. Hay personas que tienden a pensar en términos de categorías **polares** del tipo todo-nada, blanco-negro, bueno-malo, siempre-nunca. A estas personas les cuesta distinguir matices o tonalidades en la realidad. Esto le ocurre a Ud.

- 1. Muy frecuentemente
- 2. Frecuentemente
- 3. Con relativa frecuencia
- 4. Con poca frecuencia
- 5. No le ocurre

4. Algunas personas tienden a “quedarse pegadas” en ciertas **ideas** o **pensamientos** que se les repiten una y otra vez. Esto le ocurre a Ud.:

- 1. Muy frecuentemente
- 2. Frecuentemente
- 3. A veces
- 4. Prácticamente nunca

6. En general **consigo mismo** Ud. es una persona:

- 1. Muy exigente
- 2. Exigente
- 3. Relativamente exigente
- 4. Poco exigente
- 5. Muy poco exigente