



ARTÍCULO DE REVISIÓN

## Desregulación afecto-cognoscitiva en organización limítrofe de la personalidad y sobremedicación: iatrogenia, ignorancia y seudoprofesionalismo

César Garza-Guerrero

*Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL. Monterrey, N.L., México.*

Recibido: Enero 2012. Aceptado: Marzo 2012

### PALABRAS CLAVE

Desregulación emocional, organización limítrofe de la personalidad, iatrogenia, seudoprofesionalismo, sobremedicación, México.

### Resumen

Un factor dimensional subyacente y común a diferentes abordajes diagnósticos de organización limítrofe de la personalidad (OLP) es el de desregulación afecto-cognoscitiva (DAC). Dificultades para modular emociones y distorsiones cognoscitivas, no sólo se correlacionan con la totalidad de las manifestaciones proteiformes de patología del carácter limítrofe, sino que además, imponen su propia impronta a los trastornos comórbidos de pacientes con OLP. En este trabajo, una definición operacional de DAC y un breve resumen de las disfunciones neurobiológicas subyacentes a la misma, introducen a la exposición de un síndrome de DAC en pacientes con OLP, secundario a sobremedicación y errores de diagnóstico y tratamiento. Algunas recomendaciones relevantes en el tratamiento de este síndrome, se concluyen en el presente trabajo.

### KEYWORDS

Emotional disregulation, borderline personality organization, iatrogenia complications, pseudoprofessionalism, overmedication, Mexico.

### *Affective and cognitive dysregulation in the borderline personality organization and overmedication: iatrogenia, ignorance and pseudoprofessionalism*

### Abstract

*A common and underlying dimensional factor to distinct diagnostic approximations to borderline personality organization (BPO) is an affective and cognitive dysregulation (ACD). Difficulties to modulate emotions and cognitive distortions, in turn, correlate with all the proteiform clinical manifestations of BPO and imprint their own characteristics to the comorbid disorders of BPO. In this work, an operational definition of ACD and a brief summary of its underlying neurobiological dysfunctions introduces to the exposition of an ACD syndrome, in patients with a BPO, secondary to overmedication and diagnostic and treatment errors. Some therapeutic recommendations of relevance to this condition conclude this work.*

*Correspondencia:* Av. Gonzalitos y Madero s/n, Colonia Mitras Centro, C.P. 64460. Monterrey, N.L., México. Teléfonos: 8346 4715, 8348 0585. *Correo electrónico:* cesargg@me.com

## I. Introducción y consideraciones diagnósticas

Al esgrimir criterios estrechos de diagnóstico, como los del DSM-IV-TR (2000),<sup>1</sup> la prevalencia del *trastorno límite de la personalidad*, es considerablemente más común de lo que se estimaba, representando un 5.9% en la población general.<sup>2</sup> Sin embargo, si se utilizan criterios amplios de diagnóstico, la prevalencia para el *nivel de organización límite de la personalidad*, podría elevarse hasta el 10% a 12%.<sup>3</sup>

Pacientes límites presentan una alta morbilidad y mortalidad, emplean más recursos en el área de la salud mental, que la mayoría de pacientes con trastornos en Eje I (del DSM-IV-TR).<sup>1</sup> Por lo general, con un largo historial de improductividad y dependencia total, su respuesta a fármacos es circunscrita y transitoria, de hecho, no existe en el presente, un tratamiento farmacológico aprobado por la *Food and Drug Administration*. Además, su respuesta a diferentes modalidades psicoterapéuticas, comúnmente, es de eficacia parcial.<sup>2</sup>

Dos esquemas diagnósticos prevalecen en la aproximación clínica e investigacional de patología del carácter límite:

1. El de *criterios estrechos*, como el del DSM-IV-TR (2000),<sup>1</sup> basado en un modelo categórico y politético. Este sistema contesta la *pregunta cualitativa*: si determinado paciente es, o no es límite, si conjunta 5 de 9 criterios descriptivos: relaciones interpersonales conflictivas y alternando entre la idealización y la devaluación, inestabilidad afectiva y marcada hiperreactividad emocional, impulsividad autodestructiva, coraje intenso y furia inapropiada, conducta suicida recurrente, fantaseada, actuada o expresada en amenazas punitivas hacia los demás, ideación paranoide transitoria y relacionada a incrementos de angustia y *stress*, trastorno de identidad y un concepto de sí mismo inestable, sensación crónica de vacuidad y tedio o aburrimiento, y la eterna angustia anticipatoria sobre la potencialidad del abandono cruel, de quienes los rodean. Desde esta perspectiva se establece el diagnóstico *trastorno límite de la personalidad*.
2. El modelo de *criterios amplios*, de Kernberg y colaboradores,<sup>3</sup> integra tanto constructos categóricos como dimensionales. Esto, no sólo contesta la *pregunta cualitativa* de si se es, o no se es, límite, sino que además, orienta sobre la *pregunta cuantitativa* acerca del grado de severidad, y en cuál(es) de las dimensiones o criterios utilizados (síndrome de identidad difusa, defensas primitivas, criterio de realidad, control de la agresión, grado de consolidación del sistema de valores y la calidad interna y manifiesta de relaciones interpersonales). Desde esta perspectiva, se delimita el diagnóstico de un *nivel de organización límite de la personalidad*.<sup>3,4-8</sup>

La confusión entre estas dos denominaciones diagnósticas (*trastorno límite vs nivel de organización límite de personalidad*), continúa manifestándose, tanto en la literatura médica, como en la práctica clínica cotidiana.<sup>9,10</sup> Desde un abordaje de *criterios amplios*, el término nivel de organización límite incorpora dos subgrupos de desórdenes de la personalidad: a) el límite alto (o de relativo mejor pronóstico): evitativa, dependiente, sadomasoquista, histriónica y narcisista, y b) límite bajo (de mayor severidad): paranoide, esquizoide, esquizotípica, antisocial, narcisismo maligno, y el trastorno límite de la personalidad (arriba descrito desde una perspectiva de criterios estrechos).

Desde un análisis de factores para evaluar el nivel de organización y funcionamiento de la personalidad,<sup>10</sup> un factor dimensional subyacente y común a ambos esquemas diagnósticos (criterios estrechos y amplios) es la desregulación afecto-cognoscitiva (DAC). Dificultades para modular emociones y distorsiones cognoscitivas, a su vez, no sólo se correlacionan con la totalidad de las manifestaciones proteiformes de patología del carácter límite, sino que además, infiltran e imponen su propia impronta a los trastornos comórbidos de pacientes límites (trastornos de angustia, trastornos depresivos, y trastornos bipolares), distorsionando la manifestación clínica de los mismos.

A pesar de la explosión informativa sobre patología del carácter límite de las últimas décadas (incluyendo instrumentos clinimétricos), prevalecen las dificultades para su comprensión y diagnóstico.<sup>2,11-15</sup> Sin embargo, las siguientes tres consideraciones, siempre clínicamente disponibles, facilitan el diagnóstico diferencial de pacientes con una organización límite de la personalidad (POLP):

1. La naturaleza oscilante, terriblemente caprichosa, de síntomas y conductas interpersonales con cambios dramáticos, que van de la quasinormalidad al empeoramiento de un momento a otro: "estables en su inestabilidad", los describía Melitta Schimideberg en 1959,<sup>16</sup> hace medio siglo.
2. La extrema sensibilidad a los efectos secundarios de psicofármacos (como parte de su DAC y sus vulnerabilidades hipocondriacas), en contraste a pacientes de los espectros esquizofreniforme y bipolar, que toleran dosis masivas de los mismos. De hecho, la sobremedicación, como adelante retomo, no sólo agrava y confunde la naturaleza de síntomas y conductas en POLP, sino que además complica su manejo y seguimiento.
3. Por último, y aún más significativo, ninguna otra constelación de síntomas y psicopatología psiquiátrica es más ostensiblemente sensible y relacionada con el contexto interpersonal en que esta misma se expresa. Atender esta característica es imperativo, tanto para propósitos de diagnóstico diferencial, como tomarlo en cuenta en planes terapéuticos. No obstante, es este mismo sustrato interpersonal, el que si es mal entendido, o peor aún, mal explotado, lamentablemente,

también torna vulnerables a pacientes limítrofes a ser víctimas del impacto de manipulaciones iatrogénicas, ignorancia y seudoprofessionalismo.

A continuación, una definición operacional de DAC y un breve resumen de las disfunciones neurobiológicas subyacentes a la misma, introducen a la exposición de un síndrome de DAC en pacientes con una organización limítrofe de la personalidad, secundario a sobremedicación (SDACOLPS) y errores de diagnóstico y tratamiento. Algunas recomendaciones de tratamiento de relevancia a este síndrome, concluyen este trabajo.

## II. Desregulación afecto-cognoscitiva

### 1) Definición operacional

Contrario al énfasis en la literatura médica sobre el concepto de "desregulación emocional", debemos recordar que afecto y cognición siempre están vinculados. Aunque mediados por sustratos neurobiológicos distintos, la interconectabilidad funcional del cerebro los asocia. No hay afectos sin ideas, ni pensamientos sin un sustrato emocional. Además, afecto y cognición siempre se manifiestan anclados a la representación endopsíquica de una interacción personal. Por ello, afecto y cognición, nunca aparecen de manera aislada e impersonal, sino como componentes de una representación de sí mismo en interacción con otras personas, o bien con objetos inanimados y la naturaleza en general del entorno, y a quienes se atribuye un significado singularmente personalizado.<sup>7,8</sup>

Desde una perspectiva que integra neurobiología y consideraciones psicodinámicas, los afectos podrían definirse como una estructura psicofisiológica y conductual que incorpora: a) componentes cognoscitivos en relación a la apreciación de otros, b) una experiencia subjetiva placentera o gratificante, o bien de naturaleza displacentera, o aversiva, c) un aspecto comunicativo, especialmente mediado por gesticulaciones faciales y manuales, y d) patrones de descarga vegetativa y muscular.<sup>7,8</sup> Afecto y cognición podrían ser defensivamente disociados, escindidos, suprimidos o reprimidos, pero cualquier intento de comprender determinada conducta obliga a pensar en la integración de ambos. Por ejemplo, un paciente limítrofe podría parecer irracionalmente furioso. Sin embargo, él mismo podría argumentar "razones legítimas" para estarlo, porque implican endopsíquicamente, una relación (real o fantaseada) de sí mismo (como "víctima"), en interacción con otros (que en apariencia abusan de él). Esta situación revela no sólo una "desregulación emocional", sino también una desregulación cognoscitiva.<sup>3</sup> Además, aunque el contenido cognoscitivo de lo que se lamenta lo personifican como una "víctima", podría no estar consciente que con sus gesticulaciones de iracundia (faciales y manuales), él mismo podría estar victimizando a otros, mediante una identificación con sus supuestos agresores.

El acrónimo DAC alude, operacionalmente, a *dificultades e impedimentos para contener, modular, evaluar y reapreciar los componentes afectivos y cognoscitivos del registro intrapsíquico en la percepción de la interacción entre mundo interno y realidad externa*. A mayor capacidad

para la modulación afecto-cognoscitiva en niveles alto e intermedio -en consecuencia, más funcionales- de organización del carácter, mayor la capacidad para integrar componentes afecto-cognoscitivos (independientemente si corresponden a placenteros o displacenteros, o si son de naturaleza contradictoria o en conflicto), sin tener que reprimir, negar o escindir la continuidad emocional de los mismos. Esto es, sin distorsiones mayores en la percepción de la realidad social y la interacción con otros. Por el contrario, mientras más bajo y disfuncional es el nivel de organización de la personalidad, mayor la DAC, y mayor la dificultad para integrar componentes afecto-cognoscitivos, con emociones e ideas contradictorias y en conflicto, y en consecuencia, mayor la proclividad para: a) suprimir, negar, o escindir sectores amplios de la realidad, b) o bien para disociar la continuidad afecto-cognoscitiva de apreciaciones interpersonales que terminan expresándose en conductas regresivas, exoactuaciones patológicas, somatizaciones e hipocondriasis, o bien, c) la expresión disociada de componentes afecto-cognoscitivos contradictorios, en aspectos no verbales de la comunicación, y que en virtud de mecanismos de identificación proyectiva confunden realidad externa y mundo interno, alterando la experiencia subjetiva de la realidad social, en la percepción de la interacción con otros.<sup>6-8,17,18</sup>

Por ejemplo, y como menciono en el primer apartado, pacientes con POLP aunque en el contenido consciente, e ideacional, de sus quejas y reproches hacia otros (doctores, psicoterapeutas y familiares) podrían presentarse como *víctimas* del maltrato, abandono y sadismo de los demás, no se dan cuenta que en la manera furiosa, arrogante y despótica con que se expresan, podrían estar simultáneamente actuando (de manera disociada, e inconsciente y en aspectos no verbales de su comunicación), su identificación con el rol de una persona sádica que ahora *abusa*, maltrata y *victimiza* a los demás.<sup>3</sup>

En resumen, a mayor regulación afecto-cognoscitiva, mayor la capacidad para la representación simbólica de la realidad, así como mayor la capacidad para pensamiento reflexivo y niveles de mentalización que permiten intuir, leer, y apreciar el estado mental de sí mismo y de otros, sin confundirlos como equivalentes, y en consecuencia mejor el reconocimiento y apreciación de la realidad social. De manera opuesta, a menor regulación afecto-cognoscitiva, mayores los impedimentos para la simbolización de la interacción con otros, así como mayor la vulnerabilidad para pensamiento prerreflexivo y problemas de mentalización que dificultan discernir y separar entre el origen externo de estímulos y la percepción endopsíquica de los mismos: la diferenciación entre realidad externa y mundo interno. Y por ende, mayor la distorsión en la experiencia subjetiva de realidad, y mayor la vulnerabilidad para la pérdida transitoria del criterio de realidad en respuesta a *stress* e interacciones conflictivas con los demás.

### 2) DAC y correlaciones neurobiológicas

Avances contemporáneos en neurobiología y la investigación empírica de psicoterapias han contribuido a la

comprensión de los mecanismos de acción terapéutica de diferentes abordajes psicoterapéuticos y farmacológicos. A su vez, ambos podrían ayudar a los clínicos en la organización de sus estrategias de tratamiento y seguimiento para POLP, conforme a lo que determinado paciente necesita, y no en términos de su orientación teórica (neurofarmacológica, psicodinámica, cognitivo-conductual), o peor aún, su compromiso ideológico, sino cuasirreligioso con arcaísmos psicoanalíticos.

A continuación, un ceñido resumen de correlaciones entre DAC y consideraciones neurobiológicas recientes:

#### a. DAC y habilidades metacognoscitivas

La DAC e impulsividad en POLP han sido correlacionados con hiperreactividad de amígdalas y una disminuida regulación de la corteza prefrontal (CPF) y el cíngulo cortical anterior.<sup>19,20</sup> A su vez, en la mayoría de estudios mediante tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) se observan cambios conectados a un hipometabolismo de la glucosa en la CPF.<sup>21</sup> Por otro lado, habilidades metacognoscitivas (HM) o introspectivas (relacionadas con la capacidad para discriminar entre decisiones perceptuales, correctas o incorrectas), se correlacionan con la estructura del cerebro objetivamente cuantificado por medio de imagen por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés). Las HM se correlacionan significativamente con el volumen de sustancia gris en la corteza prefrontal anterior. Estos hallazgos sugieren un papel central de la corteza prefrontal en habilidades metacognoscitivas.<sup>21,22</sup>

Si bien, queda la pregunta sobre la especificidad de estas disfunciones, así como si estos hallazgos reflejan disposiciones innatas, constitucionalmente dadas, o bien son el resultado de experiencias y aprendizaje a través del desarrollo, todo esto abre la puerta, por otro lado, a preguntarse sobre la potencialidad para contribuir a incrementar capacidades cognoscitivas, en virtud de estimular la plasticidad neuronal de las regiones identificadas.

#### b. DAC y control ejecutivo de la atención

Estudios con MRI demuestran volúmenes disminuidos de la corteza anterior del cíngulo (CAC), correlacionados, a su vez, con una disminución del control cognoscitivo que contribuye a la inestabilidad emocional de POLP. A su vez, estudios con fMRI han demostrado una función inhibitoria disminuida en la CPF, particularmente de *emociones negativas*.<sup>19</sup> La totalidad de la red frontolímbica pareciera ser central en la DAC de pacientes con POLP: a) corteza anterior del cíngulo, b) corteza orbitofrontal, c) corteza dorsolateral prefrontal, d) hipocampo, y e) amígdalas.<sup>21,23</sup>

Todos estos hallazgos reafirman que los procesos cognoscitivos desempeñan un papel central en la modulación de respuestas afectivas.<sup>24</sup> La representación cognoscitiva de afectos influye a su vez, en la activación de sus umbrales de expresión. El esfuerzo para el control ejecutivo de la atención (*effortful control*), definido como la capacidad para inhibir una respuesta dominante, y cambiar a

una respuesta subdominante, es central en la regulación de emociones, habilidades en relaciones sociales y el desarrollo de los precursores morales de la consciencia.<sup>25-28</sup> A mayor *control ejecutivo de la atención* menor la intensidad afectiva y menor problema de externalización en niños.<sup>29</sup>

Un adecuado control ejecutivo de la atención también se correlaciona con menor sintomatología manifiesta en POLP, menor identidad difusa y menor impulsividad y agresión.<sup>30</sup> Es menester señalar ahora que los POLP presentan una mayor dificultad para regular *emociones negativas* (particularmente en contexto de sus relaciones con otros), a diferencia de los pacientes bipolares, quienes exhiben una mayor desregulación de *emociones positivas*.<sup>31,32</sup>

#### c. DAC y déficit de opiáceos endógenos

Sustancias y neurotransmisores opiáceos parecieran estar también implicados en la regulación normal y patológica de componentes emocionales.<sup>33</sup> Los opiáceos endógenos facilitan el funcionamiento social en sujetos sanos.<sup>34</sup> El déficit en opiáceos endógenos podría ser corresponsable de la severa disfuncionabilidad social de POLP. Pacientes con OLP que toman opiáceos reportan sentirse eufóricos, en lugar de eufóricos.<sup>2</sup>

La suspensión de opiáceos, en cambio, evoca una prolongada disforia. Un déficit en opiáceos endógenos podría no sólo haber contribuido en el pasado, a variantes disfuncionales tempranas de apego materno-infantil, sino además a impedir en el presente, una sana integración de ternura y excitación sexual en relaciones de amor, así como a dificultades para cultivar una funcional alianza de trabajo con quienes buscan ayuda profesional.<sup>2</sup> Asimismo, un déficit en opiáceos endógenos podría también contribuir a la naturaleza insufrible de experiencias disfóricas en POLP, la percepción de dolor emocional como si fuera un dolor físico, y la tendencia a conductas de autolaceración como una forma de automedicación, en virtud de la liberación provocada de opiáceos endógenos.<sup>33,35,36</sup>

En síntesis: a) hiperreactividad de amígdalas (que predispone a miedo y un estado angustiante y disfuncional de hipervigilancia y suspicacia paranoidizante), b) aunado a una hipoactividad de la corteza prefrontal y el cíngulo cortical anterior (que impide regular emociones, así como a ejercer un mayor control ejecutivo de la atención y reapreciaciones cognoscitivas), c) un déficit de opiáceos endógenos (que torna más insegura y disfórica la cercanía y sociabilidad con otros), d) así como cambios degenerativos del hipocampo, secundarios a un excesivo nivel de cortisol, relacionado con *stress* crónico (que afecta memoria reciente y procesos de aprendizaje, y hace más difícil internalizar y aprender de experiencias nuevas), pareciera ser el sustrato neurobiológico para todo un espectro de variantes de DAC en distintos niveles de organización de la personalidad y con distintos grados de severidad.

A continuación se describe un síndrome de DAC en POLP, cuando concurren sobremedicación, iatrogenia, ignorancia y seudoprofesionalismo.

### III. Síndrome de desregulación afecto-cognoscitiva en pacientes con una organización limítrofe de la personalidad y sobremedicación (SDACOLPS)

#### A. Generación iatrogénica y componentes clínicos

A pesar de avances significativos en esquemas diagnósticos para pacientes con POLP, así como en estrategias y modelos de intervención terapéutica, durante los últimos treinta y cinco años, desconcierta la elevada prevalencia de errores de diagnóstico y en la organización de su aproximación terapéutica y conceptualización pronóstica.<sup>37</sup> Valiosos avances, también en psicofarmacología (particularmente en antidepresivos, estabilizadores emocionales y antipsicóticos atípicos), han permitido a los POLP tener acceso a alguna modalidad psicoterapéutica.<sup>38</sup>

No obstante, tres consideraciones en cuanto al uso juicioso de fármacos deben subrayarse: a) no hay un fármaco "antilimítrofe". Los psicofármacos tan sólo ayudan a "blancos" (sintomáticos o conductuales) específicos como: impulsividad, estabilización emocional y distorsiones perceptuales, b) los fármacos se sinergizan con abordajes psicoterapéuticos, en especial durante la fase inicial, pero no corrigen la organización de carácter subyacente, y, eventualmente, tendrían que ser retirados, y c) POLP son muy sensibles al impacto de los efectos secundarios de psicofármacos (tanto por su DAC, como por su tendencia a somatizar, así como por su absorción hipocondriaca sobre su funcionamiento corporal). Los POLP no toleran las dosis convencionales de pacientes del espectro esquizofreniforme y de trastornos bipolares. No obstante, dosis bajas de algunos psicofármacos, podrían ayudar sobremanera, particularmente, a reducir impulsividad e irritabilidad (con el uso de antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina). La sobremedicación y polifarmacia, en cambio, como enseña la experiencia, oscurece y complica iatrogénicamente la totalidad de seguimientos terapéuticos.

A continuación se describe un conjunto de manifestaciones sintomáticas y conductuales, que por su cohesión, predecibilidad y regularidad (simultánea o secuencialmente) justifican la denominación SDACOLPS, caracterizado por:

1. Tormentas afectivas intempestivas, sumamente disfóricas y de curso errático, que a menudo se confunden con algún trastorno en Eje I del DSM-IV-TR<sup>1</sup> (ataques de pánico, trastorno generalizado de angustia, episodio depresivo mayor, esquizofrenia y trastorno bipolar, etc.), sobre todo si se ignora el curso muy cambiante de los síntomas y conductas inapropiadas, y su contenido cognoscitivo, agresivamente investido y de manera caprichosa vinculado a algún contexto interpersonal en particular (las crisis se activan o desaparecen de un momento a otro, dependiendo de con quien se interactúa).

2. Incremento en impulsividad y manifestaciones desbordadas de odio y furia, alternando con momentos más apacibles, pero con contenidos ideacionales de autodestrucción, sin sentimientos de culpa genuina, sin embargo, con un evidente tinte acusatorio y recriminatorio hacia otros, con el que sádicamente estremecen y movilizan a todo su entorno de amistades, familiares, doctores psiquiatras y psicoterapeutas.<sup>7</sup>
3. Una desconcertante fluctuación entre pensamiento reflexivo y aparente madurez emocional, en determinados contextos interpersonales no conflictivos, y una ostensible regresión a pensamiento prerrelexivo e impedimentos mentalizantes para diferenciar su propio estado mental del de otros, así como una marcada suspicacia paranoidizante, que tiñe de malevolencia sus relaciones conflictivas con los demás.<sup>8</sup>
4. Angustia de proporciones aniquilatorias sobre la anticipación, real o fantaseada, del abandono de figuras emocionalmente significativas, que a su vez, exagera su sobredependencia y eleva sus niveles de exigencias y demandas, las que por ser, no sólo excesivas, sino además insaciables, terminan por provocar el mismo rechazo paranoidizante que dolorosamente anticipaban.<sup>14</sup> Este predicamento los lleva a fluctuar entre la idealización transitoria de unos y su contrapartida inevitable: la devaluación despreciativa y agresiva de los demás.
5. Todo lo anterior incita a un incremento en la prescripción de psicofármacos o polifarmacia, que en el sustrato de hipervigilancia paranoidizante, temor y distorsión cognoscitiva de los efectos secundarios de fármacos (temblores, distonías, mioclonos, sedación, dermatitis, disquinesias, mareo, cefalea, tartamudeo, disfasia, etc.), sólo conducen a un empeoramiento de la situación clínica en general.
6. Por último, cuando este empeoramiento se confunde con "refractoriedad" o la falta de respuesta de un trastorno psiquiátrico convencional en Eje I de DSM-IV-TR,<sup>1</sup> un incremento más en los psicofármacos, polifarmacia o cambios continuos de medicamentos, sin un ensayo justo de alguno de estos, podría llevar a un círculo vicioso, que no sólo agrava circularmente y de manera iatrogénica la sintomatología descrita, sino que además conlleva la potencialidad para una gama diversa de serias complicaciones.

#### B. Complicaciones

La siguiente no es una lista exhaustiva, es una breve reseña de aquellas complicaciones más frecuentemente conectadas a la DAC de pacientes con una organización limítrofe de la personalidad.

##### 1. Policonsultismo

Hipocondriasis, exploraciones innecesarias, tendencia a somatizar y efectos secundarios a fármacos en POLP,

a menudo culminan en policonsultismo con diferentes especialistas, prescripciones múltiples que incrementan la posibilidad de interacciones adversas y efectos secundarios, exámenes de laboratorio y estudios de gabinete injustificados, y hasta exploraciones invasivas e intervenciones quirúrgicas sin una seria indicación. Todo este sobreintervencionismo agrega *strees*, que a su vez, propicia un incremento en las distorsiones afecto-cognoscitivas de POLP, e impiden una comprensión apropiada de lo que están viviendo, que únicamente agrava su estado disfórico generalizado.

## 2. *Desorden y caos*

Cuando en el orden institucional o privado no existe algún profesional que integre toda la información derivada de consultas múltiples, estudios y recomendaciones, el resultado es caos y confusión, que lamentablemente sólo les reconfirma a POLP, su percepción crónica de maltrato y abandono, y, además, los reposiciona en su papel de víctimas de un entorno cruel y depravado. El caos y desorden termina, por otro lado, por escindir también a doctores y familiares, en todo "buenos" o todo "malos", dependiendo de su posición en el espectro afecto-cognoscitivo de distorsiones idealizantes o devaluatorias de POLP.<sup>3</sup>

El caos y el desorden, en parte generado por la naturaleza misma de la psicopatología límite, pero en buena medida también, iatrogénicamente provocado (por policonsultismo, polifarmacia y voracidad con estudios no justificados), irrumpen intrusivamente en las vidas y espacios privados de doctores, psicoterapeutas y familiares (múltiples llamadas telefónicas de pacientes y familiares tratando de entender cuál es la situación). Caos e irrupciones en los espacios privados de profesionales y familiares, con frecuencia conduce a hospitalizaciones, como una forma de poner distancia con POLP y de liberarse así de intromisiones reiterativas en sus vidas privadas.

## 3. *Hospitalizaciones innecesarias*

La imposibilidad de contener psicopatología límite (en virtud del uso juicioso de fármacos y una estricta adhesión a los límites del encuadre de tratamiento), aunado al empeoramiento de su SDCOLPS, obstaculiza la perspectiva pronóstica de POLP, alarmando a profesionales y familiares, situación que incita a hospitalizaciones innecesarias y de consecuencias iatrogénicas deplorables. En comunidades que no cuentan con servicios psiquiátricos especializados (públicos o privados) para atender con propiedad y oficio profesional a POLP, se les termina por internar en un hospital general sin una división de psiquiatría, donde habitualmente son sobredados "cura de sueño", solamente para ser despertados una semana después de estar neurovegetando, con toda la problemática que instigó su hospitalización.

POLP cuando son recluidos en instituciones psiquiátricas públicas o privadas, pero sin un programa que atienda sus alteraciones caracterológicas y psicoestructurales propiamente dichas (sólo para brindarles medicación y contención, como a cualquier otro paciente del espectro

esquizofreniforme o bipolar), se incrementa aún más la desorientación diagnóstica y perspectiva pronóstica, y, a su vez, orienta a POLP a continuar una futura "carrera como pacientes psiquiátricos" con un supuesto trastorno(s) en Eje I del DSM-IV-TR.<sup>1</sup>

## 4. *Seudoprofesionalismo*

Las distorsiones afecto-cognoscitivas de POLP, agravadas por policonsultismo, polifarmacia y sobreintervencionismo, los transforma en "carne de cañón" para su explotación -sea por ignorancia "bien intencionada", o psicopática-con prácticasseudoprofesionales. Desde consultas y estudios innecesarios o iatrogénicamente provocados, hasta hospitalizaciones "custodiantes", intervenciones paraclínicas invasivas, y hasta procedimientos quirúrgicos injustificados. A su vez, cuando en abordajes psicoterapéuticos psicodinámicamente orientados, que mezclan de modo inconsistente, técnicas de "apoyo" con actividad "exploratoria e interpretativa", su instrumentación termina por anularse unas a otras, culminando en cronicidad, caos y estancamiento.

De igual forma, cuando presionados a un psicoanálisis (clásico, lacaniano, kleiniano, kohutiano, interpersonalista, por mencionar algunos), pese a la evidencia de la investigación contemporánea que contraindica esta modalidad de intervención, se prolonga por años un "cautiverio explotador" y seudoterapéutico, que meramente mantiene a POLP "patinando sobre los mismos mosaicos".<sup>39,40</sup> No es infrecuente observar a POLP con una historia de "psicoanálisis" de tres a cinco sesiones por semana, por tres a cinco años, en apariencia analizando planos profundos de su funcionamiento mental (complejo de Edipo, conflictos pregenitales, defensas primitivas, sueños y actos fallidos), mientras que simultáneamente exoactúan fuera de las sesiones, toda su conocida autodestructividad (abuso de alcohol y dependencia a sustancias, promiscuidad sexual, trastornos alimenticios y conducta parasuicida, o sedentarismo vegetante y parasitismo social).

## 5. *Concepto de sí mismo biológico y parasitismo de por vida*

Sin embargo, la peor de las complicaciones en que culmina un SDCOLPS mal abordado desde su inicio, es la iatrogénica despersonalización de POLP, secundaria a la conceptualización de toda su sintomatología en términos puramente biológicos ("un desequilibrio de neurotransmisores") y la asignación de una o varias categorías diagnósticas del Eje I del DSM-IV-TR.<sup>1</sup> Esto es cuando se ignoran: a) el significado de contenidos afectivos y cognoscitivos, manifestados en síntomas, conducta, y comunicación actitudinal y no verbal, y b) peor aún, cuando se ignora que estos componentes afectivos y cognoscitivos siempre se expresan a través de representaciones endopsíquicas de sí mismo, en interacción con otros, y, por ende, están imbuidos de un significado profundamente personalizado,<sup>3</sup> se termina por adscribir a POLP un concepto de sí mismo meramente biológico, con un trastorno psiquiátrico X (soy X, con una historia de ataques de

pánico, un trastorno de angustia generalizada, depresión mayor, etcétera).

Una vez que los POLP son rebautizados con un sí mismo biológico, y el apellido de un trastorno psiquiátrico determinado, el problema reside en que se les hace creer, a través de reiteradas consultas y rehospitalizaciones, que todo lo que tienen que hacer es pasivamente esperar a que más fármacos, consultas, estudios y rehospitalizaciones resuelvan su "problema biológico". Un concepto de sí mismo despersonalizado y biologizado, aunado a inactividad iatrogénica y seudoprofesionalismo, sólo retroalimentan circularmente un parasitismo social bidireccional: el de los pacientes, y el de sus mismos seudorescatadores.

Es triste observar a POLP en la quinta y sexta década de su viacrucis -derivado de diagnósticos parcializados y complicaciones iatrogénicamente inducidas- lamentarse que: "la vida los ha dejado atrás, y aún no han logrado explorar para qué podrían haber sido buenos". De igual modo, es patético evidenciar el impacto iatrogénico que descarriló toda una vida, cuando se falla en atender la estructura caracterológica individual de una persona.

## IV. Consideraciones de tratamiento

### 1. Tres inferencias incontrovertibles

Avances contemporáneos en: a) neurobiología,<sup>24</sup> b) esquemas diagnósticos que integran constructos categóricos y dimensionales (*Operationalized Psychodynamic Diagnostics-OPD*, 2001,<sup>41</sup> *Psychodynamic Diagnostic Manual-PDM*, 2006,<sup>42</sup> y el futuro, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-V*, en proceso), c) psicofarmacología,<sup>38</sup> y d) la evidencia derivada de la investigación empírica de las psicoterapias para POLP,<sup>3</sup> permiten la inferencia obligada de tres corolarios incontrovertibles en relación al tratamiento y pronóstico de POLP (puesto que cuando se ignoran conducen a errores garrafales y serias complicaciones):

- a. *No se puede homogeneizar el diagnóstico y tratamiento de trastornos de Eje I del DSM IV-TR<sup>1</sup>*

No todos los trastornos en el Eje I se expresan de la misma manera en todos los pacientes. Diferentes grados de regulación y DAC, a lo largo de todo un espectro de niveles del funcionamiento de la personalidad, con distintos grados de diferenciación e integración (de normalidad, a franca patología del carácter), codeterminan marcadas diferencias en la expresión, comunicación y manifestación de síntomas y conductas, así como en su respuesta a aproximaciones de tratamiento.<sup>43</sup>

- b. *No se puede abordar el tratamiento de trastorno alguno en Eje I del DSM-IV-TR,<sup>1</sup> sin integrar a la persona con dicho trastorno (su estructura de carácter y su nivel de organización y funcionamiento de la personalidad)*

Hoy en día se navega en la supina ignorancia, si se pretende adentrar en alguna estrategia de tratamiento, sin

considerar el contexto caracterológico de determinado individuo con determinado trastorno. Independientemente de la modalidad de tratamiento (fármacos, terapia cognoscitivo-conductual, psicoterapia psicodinámica, etc.), su ejecución requiere de un sustrato interpersonal diádico, en el que de modo ineluctable se insertan las atribuciones perceptuales y significados transaccionalmente coevocados de ambos (psiquiatra-psicoterapeuta/paciente), más aquellas originadas, de manera intrapsíquica, en cada miembro de la diada de trabajo.<sup>43,44</sup>

Por lo mismo, sin importar orientación teórico-clínica, y de diferencias de entrenamiento, el hecho es que cada paciente atribuye a su relación con aquellos que consultan para ser ayudado, toda una gama de expectativas, explícitas e implícitas (estas últimas mediadas por memoria de procedimiento e inconsciente), a un nivel de deseo de ignorarlas. Y todo este horizonte de expectativas podría ser capitalizado para bien (puesto al servicio de ayudar, genuinamente al paciente a sobreponerse a problemas, evolucionar y madurar), o para mal (puesto al servicio de iatrogenia y seudoprofesionalismo).

- c. *No se puede anticipar y esperar una misma perspectiva pronóstica y evolución en el tratamiento de trastorno alguno en Eje I DSM IV-TR,<sup>1</sup> sin un esfuerzo por diagnosticar el nivel de organización y funcionamiento de la personalidad, en particular, si se toma en cuenta la calidad de vida, y no la mera reducción sintomática*

Diferencias psicoestructurales en distintos niveles de organización de la personalidad de pacientes con sus respectivos grados de regulación y DAC, codeterminan, no sólo respuestas distintas a esquemas convencionales de psicofármacos y psicoterapias (en general), sino y aún más importante, evoluciones distintas en el mediano y largo plazo, y en consecuencia a perspectivas pronósticas muy diferentes y contrastantes.

Hoy en día, ningún reporte de correlación entre procesos de tratamiento y resultados (farmacológico, o psicoterapéutico en sus múltiples modalidades y versiones) para trastornos en el Eje I del DSM IV-TR,<sup>1</sup> que no precise el diagnóstico del nivel de organización y funcionamiento de la personalidad (normal, disfuncional alto, intermedio, o bajo), permite deducción alguna concluyente, y realmente orientadora.

### 2. Modalidades psicoterapéuticas

En la actualidad siete modalidades de psicoterapia para POLP han demostrado su eficacia en ensayos clínicos aleatorizados: 1) terapia conductual dialéctica, 2) terapia basada en mentalización, 3) psicoterapia con foco en la transferencia (PFT), 4) terapia de esquemas focalizados, 5) psicoterapia de apoyo, 6) sistemas de entrenamiento para predecibilidad emocional y solución de problemas, y 7) manejo psiquiátrico en general con terapia dinámicamente orientada.<sup>21</sup>

La explicación para la eficacia demostrada de estas modalidades radica en que todas podrían compartir

un factor en común: el uso de la relación terapéutica para acentuar la capacidad de auto-observación, hacia la reapreciación atencional de percepciones, supuestos e impresiones, todo esto, mediado por procesos neurobiológicos similares cuyo efecto final es modificar la hiperactividad amigdalal afectiva, en virtud de acrecentar la actividad cognoscitiva y ejecutiva de la corteza del cíngulo anterior.<sup>21</sup> Una reelaboración de apreciaciones perceptuales, aunado a un incrementado control ejecutivo de la atención, permiten un replanteamiento que, a su vez, regule y module estados afectivos intolerables, y facilita avanzar en procesos integrales y de diferenciación mental.

No obstante, mientras que todas estas modalidades psicoterapéuticas mencionadas, han demostrado contribuir a reducir ansiedad, depresión, impulsividad, conatos de suicidio, hospitalizaciones y la frecuencia de consultas, así como el uso de servicios ambulatorios, es la psicoterapia con foco en la transferencia (PFT) la que específicamente revela cambios en *pensamiento reflexivo*: definido como la capacidad para articular una conceptualización de procesos mentales de sí mismo, y en los demás, tales como sentimientos, creencias, intenciones, conflictos y motivaciones.

Por otra parte, el *pensamiento reflexivo* es un prerrequisito para variables relacionadas con una mejoría en la calidad de vida: la capacidad para relaciones estables de amor y una vida íntima que integre ternura y excitación sexual, la capacidad para trabajar, producir, crear y generar, y la capacidad para el equilibrio de los dos elementos anteriores con aspectos recreativos. El incremento de *pensamiento reflexivo* también pudiera estar relacionado con el mantenimiento de las mejorías logradas, después del tratamiento.<sup>3</sup>

Desde la perspectiva neurobiológica descrita para la DAC de POLP, ninguna modalidad de psicoterapia que sólo atiende a la exploración de afectos (técnicas de "validación emocional"), o bien se focalice en corregir distorsiones cognoscitivas (técnicas puramente cognoscitivas), pero sin integrar la exploración de afectos y cognición a la representación intrapsíquica de lo interpersonal, podría responder a la complejidad de alteraciones psicoestructurales de POLP. A este respecto, y aunque en espera de mayor investigación, en este momento la PFT, es la que pareciera ofrecer un marco mayor integral para la vinculación de estos tres elementos: afecto, cognición y la representación endopsíquica de las relaciones objetales, incluyendo el significado de la comunicación no verbal o actitudinal, mediada por memoria implícita o de procedimientos.

La PFT, derivada de una línea de investigación empírica de más de 30 años, posee la enorme ventaja de haber sido sistemáticamente operacionalizada y manualizada.<sup>3</sup> Sus principios guadores (estratégicos, tácticos y técnicos) asisten y orientan a clínicos a pensar y decidir sobre el mejor curso de acciones en las sesiones. Es decir, y en contraste a otras psicoterapias manualizadas, *no le dicen qué hacer, o qué decir* ante tal eventualidad, sino

que permiten que cada clínico, ejerza su mejor juicio y creatividad terapéutica.

La PFT es susceptible de ser enseñada a estudiantes y residentes en programas de posgrado en psiquiatría y psicología clínica, así como de ser continuamente investigada y refinada. De hecho, la evidencia empírica contemporánea procedente de la exploración de esta modalidad permite afirmar que un estudiante o residente, graduado de estos programas, está en mejor posición de responder a los enormes desafíos de POLP, que psicoanalistas con una formación monasterial de cinco a diez años, pero que no integraron en su entrenamiento tradicional, ni a sus prácticas subsecuentes, todos los avances contemporáneos en neurobiología, psicofarmacología, y la investigación empírica de la PFT para pacientes con una organización limítrofe de la personalidad.<sup>43,50</sup>

### 3. Sugerencias y recomendaciones

La descripción de los lineamientos generales para el tratamiento de POLP iría más allá del foco de este trabajo. A continuación tan sólo algunas sugerencias y recomendaciones sobre la prevención y manejo de algunas de las complicaciones conectadas al síndrome de DAC en pacientes con una organización limítrofe de la personalidad y sobremedicación.

#### a. En cuanto al uso de psicofármacos

Los POLP requieren del uso cauteloso de psicofármacos. Aquí "menos, es más". Si bien es cierto que responden a las dosis habituales de benzodiazepinas y antidepresivos, no toleran las dosis convencionales de antipsicóticos atípicos y estabilizadores emocionales utilizados en esquizofrenia y bipolaridad. Lamentablemente, su curso errático y caprichoso, aunado a su voracidad de ser ayudados, sobre todo, su empeoramiento, derivado de los efectos secundarios de psicofármacos y sus distorsiones afecto-cognoscitivas, en respuesta a los mismos (especialmente en el contexto de abordajes que han reducido a POLP o un "sí mismo biológico"), invitan al incremento en las dosis de fármacos, polifarmacia, o el cambio frecuente de medicamentos sin un "ensayo justo" de alguno de ellos en particular. Polifarmacia y senectud son factores de riesgo para síndrome serotoninérgico, síndrome neuroléptico maligno, y síndrome de secreción inapropiada de la hormona antidiurética aunado a edema cerebral. No es infrecuente observar POLP con una lista de doce a dieciséis psicofármacos, y traslapando hasta tres antidepresivos, tres estabilizadores y tres antipsicóticos.

Polifarmacia, *stress* crónico y edad mayor de 55 años son factores de riesgo, a su vez, para dermatitis alérgica severa, de difícil manejo porque no hay manera de establecer una correlación lineal entre lesiones, curso y un psicofármaco en particular (el costo de estudios específicos, salvo en investigación, lo hace prohibitivo). Aquí, si el paciente había respondido por un tiempo considerable a determinados psicofármacos, lo aconsejable es suspender los fármacos más prescindibles y disminuir las dosis de los psicofármacos que habían demostrado su eficacia terapéutica. En este caso se impone el

viejo aforismo: "no cambies de caballo, a mitad del río". Cuando el prurito terapéutico y la ignorancia llevan a descontinuar psicofármacos de una eficacia probada, y a experimentar otros psicofármacos, sólo se introducen más dudas e incertidumbre en cuanto al trastorno dermatológico y se corre el riesgo de extender una descomposición psiquiátrica innecesaria. La contraparte a un "sí mismo biológico", es un "psiquiatra biológico" que piensa, que la única manera de justificar su presencia y honorarios es prescribir otra receta más para un nuevo fármaco, más que escuchar, orientar, poner orden, explicar, sugerir y comprender la totalidad de las relaciones interpersonales en que síntomas y conductas se expresan: incluyendo el potencial impacto iatrogénico de sí mismo, y de otros, en el paciente a él encomendado.

Los psicofármacos deberán introducirse, idealmente, uno a la vez, y por espacio de cuatro a seis semanas, de tal modo que se pueda explorar una fundamentada correlación dosis-respuesta.<sup>3</sup> Es menester informar al paciente sobre el foco de síntomas y conductas que se desea aliviar o reducir, así como la potencialidad para efectos secundarios e interacciones adversas. Por ejemplo, a un paciente limítrofe con impulsividad y manifestaciones disfóricas y predominio de afectos negativos (vacuidad, tedio o aburrimiento, frustración, coraje e irritabilidad a menudo confundido con "depresión crónica" o distimia), deberá explicársele que se le prescribe un antidepresivo (ISRS-inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina), no como un "antidepresivo", sino para reducir impulsividad y "desbordadas temperamentales".

Esa simple aclaración ayuda al paciente a no percibirse pasivamente, sólo como un "enfermo deprimido" (un sí mismo biológico), a quien un psiquiatra idealizado y omnipotente, con una "fuerte medicación", va a rescatar. El ISRS ayuda a reducir impulsividad e irritabilidad, pero aún quedaría la tarea psicoterapéutica de ayudarlo activamente a explorar y contener impulsividad, en virtud de propiciar la investigación afecto-cognoscitiva de sus tormentas de odio a sí mismo y hacia los demás, incluso su odio y envidia hacia doctores, psicoterapeutas, y familiares tratando de ayudarlo.

En relación a *odio* y *envidia*, y en dirección opuesta a la *idealización* de los profesionales por los POLP, a menudo se ignora la otra cara de la moneda: su tendencia a la *devaluación* de todo aquello que provoca envidia.<sup>51</sup> POLP sufren del predominio de afectos negativos, entre otros, odio y su inseparable acompañante, envidia. Estos pacientes no sólo odian, sino que envidian todo lo potencialmente benevolente y valioso que otros poseen, incluyendo la capacidad de otros para ayudarles (doctores, amistades, familiares, psicoterapeutas). Su envidia intensa y disfórica, los induce a despreciar, devaluar y destruir los mejores esfuerzos de otros para ayudarlos (una típica reacción terapéutica negativa).

Por lo general, un gran número de psiquiatras no se dan cuenta que con cada cambio frecuente de recetas y psicofármacos, sólo gratifican el sadismo autodestructivo y pseudotriunfador de los POLP, sobre su incapacidad para ayudarles, debido a la ignorancia o voracidad (en el

sentido de seguir cobrando por recetas estériles). La devaluación y desprecio de aquello que se envidia, les evita la humillación insufrible de reconocer lo valioso de otros, que tan sólo incrementaría su envidia. De ahí también los impedimentos en POLP para expresar sentimientos de gratitud hacia otros.<sup>3</sup>

Por último, en cuanto a la controversia de si un mismo psiquiatra podría instrumentar, simultáneamente, un abordaje farmacológico y psicoterapéutico, la tendencia actual es recomendar que así sea, siempre y cuando se delimiten ambas tareas como parte del convenio inicial, y un determinado tiempo sea previamente programado para la revisión periódica de psicofármacos (diez minutos al inicio de una sesión). Este arreglo permite integrar a una misma relación de trabajo la exploración del significado que el paciente adscribe al tratamiento farmacológico, y en el contexto de la exploración de la totalidad de su funcionamiento personalógico.

#### b. Hipocondriasis y polidiagnosia

Por lo general, los POLP presentan una historia crónica de hipocondriasis, reflejada en una perenne inquietud sobre su funcionamiento corporal y una constante tendencia a la consulta médica. Su DAC contribuye, no sólo a sobredimensionar emocionalmente cualquier manifestación corporal, sino que además, los predispone a una distorsión cognoscitiva de sus somatizaciones. Por lo mismo, y contrario a las somatizaciones del nivel alto o intermedio de disfunción caracterológica, los POLP adscriben a sus somatizaciones un ostensible tinte paranoidizante: "mi estómago me está matando", "mis pulmones me ahogan", "mis piernas me traicionan y no me responden", etc. O bien, narran elaboraciones bizarras de su sintomatología, inasequibles a cualquier intento de comprensión fisiopatológica.

A diferencia de la inespecificidad simbólica de las somatizaciones de pacientes con disfunción del nivel alto e intermedio de organización de la personalidad, las somatizaciones de POLP cuando son exploradas, generalmente corresponden a la representación simbólica de una interacción entre sí mismo, con alguna parte de su cuerpo, es decir, una relación conflictiva e insufrible de sí mismo con otros (pareja, hijos, familiares, amigos), pero desplazada a su imagen corporal.<sup>3</sup> En una PFT, los componentes afectivos y cognoscitivos de cada somatización, deben traducirse y reelaborarse, en términos de las relaciones interpersonales implicadas hacia su representatividad simbólica y reflexiva de las mismas. POLP con somatizaciones más que de estudios (Rayos X, TACs, y todo tipo de paneles de laboratorio) e interconsultas, requieren ser escuchados y comprendidos como personas, sin embargo, se culmina por despersonalizarlos y sobremedicarlos.

Los POLP con su conocido déficit de sustancias opiáceas endógenas y habitual disforia, no sólo distorsionan sus somatizaciones, sino que, además, su malestar emocional se percibe como "dolor" o "malestar físico".<sup>21</sup> A menudo la ambigüedad e inespecificidad en la narración de sus síntomas induce a diagnósticos de dudosa

fundamentación, como: depresión con síntomas físicos dolorosos, síndrome de fatiga crónica y fibromialgia.

Las vulnerabilidades hipocondriacas de POLP los conducen a consultas múltiples innecesarias y *polidiagnosia fantástica*. Para la cuarta o quinta década de sus vidas, los POLP con frecuencia han recurrido a quince o a veinticinco especialistas. Por lo general, POLP acumulan diagnósticos y prescripciones médicas que a menudo ningún profesional, incluyendo a sus psiquiatras o psicólogos clínicos, podría haberse responsabilizado de verificar, integrar, ordenar y jerarquizar planes y seguimientos terapéuticos. Todo este escenario es terreno fértil para polidiagnosia, polifarmacia, interacciones adversas, complejos efectos secundarios, sobre todo para la explotación voraz de pacientes, a través de prácticas médicas corruptas.

Más grave aún, cuando a su historia de un "sí mismo biológico y psiquiatrizado", antes mencionado, se traslapa un "sí mismo sobremedicalizado" e igualmente despersonalizado, se cierra un círculo iatrogénico deletéreo, que encausa pacientes hacia una futura carrera como pacientes médico-psiquiátricos, sin un proyecto de vida propia, más allá que el de girar alrededor de doctores, recetas, estudios, consultas y hospitales.<sup>3</sup> Por otro lado, la habitual sobredependencia económica de POLP, aunado a pensiones e incapacidades médicas (si las hay), incrementa la ganancia secundaria derivada de su psicopatología, y complica aún más el esfuerzo por revertir y reorientar estrategias de tratamiento y seguimiento hacia una vida más productiva.

A su vez, la agresiva voracidad y cognoscitivamente distorsionante de POLP, los lleva a concebir que tienen todo el derecho a exigir y demandar ayuda médica y personal, total e inmediata, de los demás (familiares, parejas, hijos, instituciones públicas o privadas), no obstante, debido al carácter insaciable de sus demandas, si la ayuda se presenta nunca es suficiente, y en consecuencia no evoca sentido alguno de gratitud.

Por otra parte, si la ayuda es negada se paranoinizan, y se perciben como víctimas de gente insensible y cruel en su entorno. Pero en dirección opuesta, cuando la capacidad para el control sádico de los demás (en virtud de somatizaciones, síntomas emergentes continuos, efectos secundarios de fármacos, complicaciones médicas, reales o fantaseadas, etc.), se complementa con una predisposición masoquista y generadora de culpa, en sus parejas y familiares, se autoperpetúa una interacción patológica, sólo retroalimentadora de todo el trastorno ahora sobrepseudopsiquiatrizado y sobremedicalizado. Situaciones como ésta precisan de un experto en patología limítrofe que dilucide las distorsiones de los nudos afecto-cognoscitivos de un contexto complementariamente patológico.

El abordaje de POLP requiere desde el inicio de la integración de un médico familiar (preferiblemente un internista) con la integridad profesional para instrumentar una evaluación inicial, y subsecuentes (cuando en orden), así como para integrar y ordenar toda la comunicación derivada de interconsultas a otros especialistas, cada vez que sea necesario. Psiquiatra e internista

deberán mantener una estrecha comunicación. Tratándose de POLP con hipocondriasis y polidiagnosia, es preferible pecar de conservadores, descartando, en primer término, patología orgánica, antes que se considere como una mera somatización.

Si lo anterior no es factible, o resulta disfuncional, el psiquiatra mismo deberá asumir la responsabilidad del trabajo de enlace con los demás especialistas, sin obligar al paciente a ser intermediario entre sus propias dudas, preguntas, sugerencias y recomendaciones a otros colegas, y las de otros especialistas. Obligar a POLP a deambular de intermediarios entre consultores y su psiquiatra, con su DAC y conocida vulnerabilidad a distorsionar la información, no sólo carece de profesionalismo, sino, que, además, incita a generar más caos y desorden.

### c. Suicidalidad

Autodestructividad es consustancial de POLP. Esta puede ser manifiesta, parasuicida (conductas de alto riesgo, accidentes reiterativos, trastornos alimenticios, abuso y dependencia de sustancias tóxicas, etc.), o aun provocada (conductas desafiantes hacia otros, quienes podrían responderles con maltrato o violencia).

La mayoría de POLP tienen historia (o la van a desarrollar) de ideación suicida (silente o compartida), conatos suicidas, o de tormentas afectivas, en que se ha expresado el deseo de marcar fin a su vida. Con frecuencia la expresión de sus ideas suicidas conlleva un ostensible tinte manipulador (en el sentido de tratar de obtener alguna concesión en el espacio interpersonal con otros), no obstante, siempre hay que tomarlas en serio (uno de cada nueve POLP terminan por morir por voluntad propia, con o sin tratamiento), sin sobre-reaccionar, pero explorando continuamente: *grado de potencialidad, capacidad de control de sí mismo, y, sobre todo, delimitando siempre la responsabilidad correspondiente a pacientes, y la de quienes tratan de ayudarles.*

La exploración de suicidalidad podría empezar por reconocer que todos, en algún momento de nuestra existencia, podríamos haber perdido el deseo de continuar con nuestras vidas, cuando agobiados por profundo malestar o dolor de algún orden. Pero existe una enorme diferencia entre deseárselo y actuar fuera de control, y al borde de cometer una acción desesperada. *El paciente y familiares deben de ser advertidos que sólo él/ella, es el responsable de preservar su integridad física y mental, aun dentro de un hospital* (no deberán ignorar que los pacientes se suicidan, incluso dentro del mejor medio hospitalario).

Para poder continuar con una evaluación, y un tratamiento ambulatorio, POLP deben asumir la responsabilidad de brindar la seguridad de que no realizarán conducta suicida alguna, y tan sólo la explorarán dentro de las sesiones. Si el paciente se siente fuera de control (o rechaza sádicamente dar esa seguridad, aunque clínicamente da la impresión de que sí está en control), deberá asumir la responsabilidad de hospitalizarse. Si rehúsa, se le notificará a él, a su pareja, y a sus familiares, que hasta ahí llega la responsabilidad profesional

de ayudarlo. La mayoría de POLP, cuando son confrontados directamente con la definición del *locus de control* y los *límites de responsabilidades*, pertenecientes a él y a sus psiquiatras y psicoterapeutas, responden dramáticamente rechazando hospitalizarse y deseando seguir adelante con su evaluación y seguimiento ambulatorio. Cuando *locus de control* y *grado de responsabilidades* no son aclarados, es una incitación a utilizar la amenaza de un suicidio como un instrumento sádico de control sobre los demás, particularmente a quienes se odia y envidia.

Los POLP con un largo historial de amenazas o "intentos" suicidas (cortarse las venas, sobredosis, semiahorcamientos), deberán ser advertidos (si en el contexto de una evaluación o tratamiento que contemplen una *psicoterapia con foco en la transferencia* y en las *relaciones objetales*-PFT, y con objetivos más ambiciosos de remediar alteraciones psicoestructurales subyacentes), que si se llegase a actuar un gesto suicida entre sesiones, el paciente mismo deberá asumir la responsabilidad de avisar a familiares y trasladarse a un servicio de urgencias, donde la contingencia pueda ser evaluada y atendida.<sup>3</sup> A su vez, el paciente deberá ser evaluado allí mismo por un psiquiatra independiente, quien determinará, si debe o no hospitalizarse, en un servicio médico general o psiquiátrico. Si el paciente rehúsa aceptar este convenio, deberá ser advertido, junto con su pareja o familia, que de igual modo hasta ahí llegó la responsabilidad profesional brindada. De esta manera, se cierra la puerta a la posibilidad de contra-actuaciones patológicas que destruyen toda posibilidad de ayudarles, más allá de atender crisis tras crisis, pero sin lograr el mínimo avance en nada. Por el contrario, cuando el *locus de control* y los *límites de responsabilidades* (para pacientes y profesionales) no han sido explicitados, se deja la puerta abierta para el control sádico de la relación de trabajo, y la gratificación patológica de la misma autodestructividad que se pretende contener y remediar. Al paciente se le puede aclarar, sin embargo, que existen otras modalidades terapéuticas de contención y soporte, a las que él podría recurrir, aunque con objetivos mucho menos ambiciosos.<sup>3</sup>

A diferencia de las acciones suicidas, bizarras y desconcertantes de pacientes del espectro esquizofrénico y de bipolaridad, que, por lo común, ocurren en un contexto de retraimiento interpersonal, las conductas suicidas de POLP siempre acaecen íntimamente vinculadas a tramas interpersonales específicas, en su inmediatez.<sup>50</sup>

Si se descartan los componentes biológicos neurovegetativos que acompañan a un genuino episodio depresivo mayor incapacitante en Eje I del DSM-IV-TR<sup>1</sup> (alteraciones del patrón de sueño, hábitos alimenticios, peso, variación rítmica del afecto, apetito sexual, y tono muscular), toda acción o ideación suicida en POLP, por lo general, implica la activación de una clara relación entre una representación de sí mismo intrapsíquica, en interacción con la representación endopsíquica de otros a quienes se odia y envidia, y se desea lastimar.

A su vez, y aunque cada acto suicida podría representar una multiplicidad de significados psicodinámicos, altamente individualizados, con frecuencia los gestos

suicidas y amenazas de POLP expresan, rabia, odio, coraje, el deseo del control absoluto del otro, o de monopolizar la atención de los demás. Dan la impresión de representar una "última carta", o "cartucho" con el que vehemente tratan de solicitar atención, contención, y, sobre todo, la garantía de que no serán abandonados.<sup>3</sup>

Además, y en contraste a episodios depresivos auténticos del nivel alto e intermedio de patología del carácter, en la conducta suicida de POLP se logra evidenciar la *paradójica disociación afecto-cognoscitiva* antes mencionada. Por ejemplo, aunque su actitud o comunicación no verbal, así como su apariencia física podrían dar la impresión de una depresión afectiva profunda, el contenido cognoscitivo o ideacional de sus comunicaciones sádicas, podría reflejar odio y resentimiento punitivo o recriminatorio hacia los demás: "Espero y después no se vayan a arrepentir de no haberme ayudado", o, "Espero y Dios no los vaya a castigar, y ponga a ustedes en mi situación". O, por el contrario, el contenido ideacional de su comunicación verbal podría expresar un profundo sentimiento depresivo, sin embargo, su actitud y comunicación no verbal (señalar con el entrecejo fruncido, y el dedo erguido acusador, a aquellos que desde su percepción no han saciado sus exigencias y demandas), podrían expresar, odio, rabia y resentimiento.

Por último, la exploración del *grado de potencialidad suicida*, *locus de control*, y *la delimitación de responsabilidades*, debe ser integrada sistemáticamente al convenio de acuerdos, términos y condiciones al inicio de todo compromiso de tratamiento.<sup>3</sup> Si la evaluación psicoestructural de POLP requiere de dos a tres sesiones de cuarenta y cinco minutos, de igual modo, definir y explorar un acuerdo aceptable para todos (profesionales, pacientes, pareja y familia), podría también requerir de dos a tres sesiones. Dos terceras partes de los POLP que interrumpen tratamiento en los primeros treinta a novena días, se relaciona con la falta de un convenio colectivamente concertado y explicitado desde el inicio.

#### d. Hospitalizaciones

Una hospitalización psiquiátrica para POLP, indicada apropiadamente es el primer paso hacia la recuperación de la salud, o retomar el control de sus vidas. Cuando no está indicada, y además es mal utilizada, podría tan sólo ser el primer paso de POLP hacia una futura carrera como "pacientes psiquiátricos".

La indicación para una hospitalización en POLP podría justificarse cuando no se ha podido contener en forma ambulatoria su autodestructividad: reiteradas acciones y amenazas suicidas, abuso y dependencia de sustancias, trastornos alimenticios, como anorexia nerviosa, conducta parasuicida *in crescendo*. Sin embargo, el propósito de esta hospitalización, y a diferencia de pacientes del espectro esquizofreniforme y bipolar, no es sólo para custodiar, medicar y sedar.

Por el contrario, la hospitalización en un programa psiquiátrico moderno, y un personal debidamente entrenado en patología limítrofe, requiere de un paciente no

sedado, y completamente disponible para poder hacer buen uso de la totalidad de modalidades de intervención que se ofrecen: psicoterapia hospitalaria individual, técnicas comunitarias individuales y grupales, terapia ocupacional y recreativa, reuniones psicoeducativas, orientación laboral, la integración de su pareja y/o familia, y adecuaciones y ensayos farmacológicos con focos específicos y conocidos por pacientes, hacia niveles tan sólo óptimos y que sinergizan la totalidad del programa.

El paciente por su parte, deberá entender que el objetivo de su hospitalización es el de activamente explorar y lograr una clara comprensión de las alteraciones de su carácter que lo pusieron ahí, a su vez, trabajar en anticipar lo que él tendrá que aportar para no reingresar en el hospital, y planear un seguimiento fuera de éste, que consolide objetivos de la hospitalización y en el que pueda continuar avanzando y madurando.<sup>3</sup> Por último, ningún paciente deberá ser dado de alta sin una clara idea de la necesidad de iniciarse en algún plan de trabajo, estudios o voluntariado que contrarreste su improductividad y proclividades dependientes o parasitarias, así como su conformismo patológico.

La mayoría de comunidades (aun en países primermundistas), lamentablemente, no cuentan con un hospital y personal, que pueda de manera elemental atender las necesidades de POLP. A excepción de unos cuantos programas, existe hoy en día una enorme brecha, universal, entre los avances en la investigación empírica de patología límite, y su integración a programas hospitalarios. Como menciono, en el apartado B de la sección III, cuando están internados en hospitales generales, sin una división de psiquiatría y en manos de psiquiatras sin experiencia en patología límite, o peor aún, en manos de doctores sin una formación en psiquiatría, por lo general, son explotados con "curas de sueño", "reposo", y "aislamiento neurovegetativo". Por otro lado, al internarse en un hospital, unidad, o división de psiquiatría, pero sin personal ni equipos interdisciplinarios, especialmente entrenados para atender las alteraciones psicoestructurales de su carácter (así y la clínica se anuncie como un súper programa "multimodal"), terminan por ser solamente custodiados y sobremedicados, sellando de este modo su futuro como un "paciente psiquiátrico", sin más proyecto de vida que cargar sobre su espinazo con uno o más supuestos trastornos psiquiátricos sobremedicados del Eje I del DSM-IV-TR.<sup>1</sup>

e. Diagnóstico integral, "sí mismo biológico" y potencial autotélico

Hacia la década de los ochenta del siglo pasado se pensó que la introducción de esquemas diagnósticos multiaxiales en psiquiatría (DSM-III, DSM-IV-TR, CIE-10)<sup>1</sup> reducirían los ancestrales problemas de la falta de confiabilidad y validación diagnóstica.<sup>43</sup> No ha sido así. Además, el 60% de los pacientes, ambulatorios, que cotidianamente se atienden a nivel de consultorios (por problemas de variaciones de la autoestima, inseguridad y dificultades interpersonales), no podrían adscribirse a una identidad nosológica determinada, ni del Eje I, ni del Eje II del DSM-IV-TR.<sup>1</sup>

Las limitaciones de un modelo categórico y politético como el del DSM-IV-TR<sup>1</sup> (cinco criterios descriptivos, de una lista de nueve, contestan la pregunta cualitativa sobre si un paciente es, o no es límite), son aún más notorias en el área de trastornos de la personalidad. Por ejemplo, llama la atención la enorme diferencia en la prevalencia del diagnóstico de trastornos de la personalidad, de una institución psiquiátrica a otra, aún en una misma ciudad: de 8% a 10% en unas, al 85% a 100% en otras, si se recurre al uso de la categoría inespecífica).

La anterior consideración obliga a una reflexión de Perogrullo: ¿que un paciente no presente uno de los 10 trastornos prototípicos de la personalidad en el Eje II del DSM-IV-TR,<sup>1</sup> no significa que no posea *su propia personalidad o estructura de carácter*?<sup>21</sup> y, es esta misma estructura de carácter, con sus virtudes y limitaciones, y con distintos niveles o grados de madurez y diferenciación, la mediadora en la expresión y tratamiento de cualquier trastorno en Eje I del DSM-IV-TR.<sup>1,43</sup>

Como he subrayado, cuando se falla en integrar a la conceptualización diagnóstica de determinado contexto clínico, la calidad y el nivel de organización y funcionamiento de la persona evaluada, se reduce el foco de intervenciones al tratamiento de entidades en el Eje I del DSM-IV-TR.<sup>1</sup> Marca una enorme diferencia la manera de explicar a un paciente, la naturaleza y conceptualización de sus problemas. Por ejemplo, si se le propone a POLP que sus dificultades son meramente desbalances de neurotransmisores, que necesitan ser reequilibrados con psicofármacos, no sólo se les reduce a un "sí mismo" o "ente biológico", despersonalizado y pasivamente sometido a las imposiciones de otros, sino que además, se les exime de toda responsabilidad coparticipativa en su tratamiento. Por el contrario, si se les explica, que sufren de algunos síntomas o trastornos en Eje I que requieren de la intervención limitada de algún psicofármaco para blancos circunscritos, pero que también existen alteraciones psicoestructurales y disfunciones caracterológicas evidentes, que van más allá de lo que los fármacos pueden remediar, y en consecuencia, requerirán también de alguna modalidad psicoterapéutica y estrategia de seguimiento que obligan a su coparticipación personal, se les coloca en una posición enteramente distinta, una que alienta, desafía y disminuye la posibilidad de seguir pasivamente con una "carrera de paciente psiquiátrico" sobremedicado.

Aún y cuando esquemas de *diagnóstico integral* que incorporan tanto constructos categóricos como dimensionales (que atienden no sólo a trastornos y enfermedades psiquiátricas, sino además, al tipo de personalidad y su nivel de organización y funcionamiento) fueron introducidos desde la década de los setenta (por ejemplo, *DI-HU* y *FIAD-60*, en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario en Monterrey, Nuevo León, México), es sólo más reciente que se ha avanzado en la diseminación de sistemas de diagnóstico más universales: el diagnóstico psicoanalítico propuesto por Nancy McWilliams, en 1994 en los Estados Unidos de América (EUA),<sup>51</sup> el sistema diagnóstico operacionalizado psicodinámico (OPD),

desarrollado en Alemania, en 2001, y el *PDM*, o Manual de diagnóstico psicodinámico, propuesto en los EUA, en 2006.<sup>35</sup> El futuro DSM-V actualmente en proceso (programado para 2013), también incluirá un eje dimensional para la exploración sistemática de tipos y niveles de funcionamiento de la personalidad.

Urge introducir en nuestra práctica psiquiátrica, pública y privada, ambulatoria u hospitalaria, sistemas de *diagnóstico integral* que incorporen la atención a: 1) consideraciones categóricas y dimensionales, 2) el deslinde de normalidad y patología, 3) la jerarquía de niveles de organización y funcionamiento de la personalidad, 4) la delimitación entre trastornos psiquiátricos y estructura de carácter, y, 5) la exploración del significado subyacente de fenómenos conductuales.<sup>43</sup>

Esquemas de *diagnóstico integral* tanto en el medio académico, como en práctica privada, no sólo orientan sobre la metodología de la evaluación diagnóstica, el formato de historia clínica y la sistematización de expedientes, donde se asienta y registra el seguimiento de estrategias de tratamiento, sino que además, contribuye a una filosofía de tratamiento que obliga a pacientes a coparticipar activamente en la confección de su futuro y la exploración de sus potencialidades autotéticas.

Por *potencial autotético*, me refiero a la capacidad de una persona para haber llegado a desarrollar algún pasatiempo, deporte, oficio, arte, trabajo, profesión o interés determinado, que le permita experimentar que en esa actividad es sobresaliente y, que independientemente de si se lo celebran, o aplauden, o si bien o mal pagado, esa actividad satisface un fin (*tele*) en sí mismo (*auto*): proporcionarle *significado y sentido de rumbo a su vida*.

La mayoría de POLP ostentan una larga historia de trabajos, planes, actividades y proyectos inconclusos, así como de parasitismo y conformismo ego sintonizado, que únicamente contribuye a su sentido de vacuidad y tedio (por lo general, confundido con anhedonia, o depresión y distimia en Eje I del DSM-IV-TR).<sup>1</sup> Cuando a esta historia de vacuidad y esterilidad autotética se inserta la imposición iatrogénica de un concepto de "sí mismo biológico" y "psiquiatrizado" con uno o varios trastornos del Eje I del DSM-IV-TR,<sup>1</sup> no sólo se validan conformismo y parasitismo, sino que, además, se incrementa la ganancia secundaria asociada a una carrera como "paciente psiquiátrico". Trágicamente, ser "paciente psiquiátrico", es el *leitmotiv* para levantarse a la siguiente mañana a continuar el peregrinaje con doctores, terapias, instituciones y estudios de laboratorio. A todos los POLP debe exigírseles como prerrequisito de tratamiento, la necesidad de iniciarse inmediatamente en alguna actividad, que por lo menos sea punto de partida para evaluar y desarrollar su potencial autotético.

## Referencias

1. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (American Psychiatric Association). Barcelona: Mason. 2000.

2. New AS, Stanley B. An opioid deficit in borderline personality disorder: Self-cutting, substance abuse, and social dysfunction. *The American Journal of Psychiatry* 2010,167:882-885.
3. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, D.C. American Psychiatric Publishing. 2006.
4. Kernberg OF. Panel. A critical assessment of the future of psychoanalysis: A view from within. Reported by Ira Miller. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1975,23:139-153.
5. Kernberg OF. The structural diagnosis of borderline personality organization. En: Hartcollis P (Editor). *Borderline personality disorders*. New York. International Universities Press. 1997. 87-121.
6. Kernberg OF. Structural diagnosis. The Structural interview. Problems in the classification of personality disorders. En *Severe personality disorders: En Psychotherapeutic strategies* (capítulos 1, 2, 5). New Haven y Londres. Yale University Press. 1984.
7. Kernberg OF. The concept of drive in the light of contemporary psychoanalytic theorizing. En *Contemporary controversies in psychoanalytic theory, techniques, and their applications*. New Haven y Londres. Yale Universities Press. 2004. 48-59.
8. Kernberg OF. Aggressivity narcissism and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship. New Haven y Londres. Yale University Press. 2004.
9. Garza Guerrero C. *El superyó en la teoría y en la práctica psicoanalíticas*. México, Buenos Aires, Barcelona. Paidós. 1989.
10. Modelos categóricos y dimensionales en el diagnóstico de organización y funcionamiento de la personalidad: Proceso de validación del FIAD-60 (NOFP). Trabajo presentado en el Congreso Internacional: XL Aniversario de la Enseñanza de la Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario, UANL, Monterrey, México, Septiembre 27-28, 2007.
11. Stone MH. *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*, Nueva York: Guilford Press. 1994.
12. Stone MH. Long-term outcome in personality disorders. En: Tyrer P, Stein F (Editors). *Personality disorders reviewed*. Londres. Gaskell. 1993. 321-345.
13. Stone MH. *Personality-disordered patients: Treatable and untreatable*. Washington, D.C. American Psychiatric Publishing. 2006.
14. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry* 1996,153:752-758.
15. Clarkin JF, Posner M. Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathology* 2005,38:56-63.
16. Schmideberg M. *The Treatment of Psychopathic and Borderline Patients*. *Amer J Psychother* 1974,1:45-71.
17. Kernberg OF. *Internal world and external reality*. Nueva York-Londres. Jason Aronson. 1980.
18. Kernberg OF. An ego-psychology object relations theory of structural change. En *Aggression in personality disorders and perversions*. New Haven y Londres. Yale University Press. 1992:119-139.
19. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, et al. Amygdala hyperactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry* 2003,54:1284-1293.
20. Koenigsberg HW, Fan J, Ochsner KN, et al. Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate responses to negative social cues: A study of patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry* 2009,66:854-863.
21. Gabbard GO. *Neurobiologically-informed psychotherapy of*

- borderline personality disorder. Plenary session. The American College of Psychiatrists, Annual Meeting and Pre-Meeting, San Francisco, USA, February 22-27, 2011.
22. Fleming SM, Weil RS, Nagy Z, et al. Relating introspective accuracy to individual differences in brain structure. *Science* 2010,329:1541-1543.
  23. Schmahl C, Bremner JD. Neuroimaging in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research* 2006,40:419-427.
  24. Lenzenweger MF, Clarkin JF, Fertuck EA, et al. Executive neurocognitive functions and neurobehavioral systems indicators in borderline personality disorder: A preliminary study. *J Personal Disorder* 2004,18:421-438.
  25. Rothbart MK, Bates JE. Temperament. En: Damon W, Eisenberg N (Series Ed.). *Handbook of child psychology*, 5th ed, vol 3. Social, emotional, and personality development. Nueva York. Wiley. 1998. 105-176.
  26. Posner MI, y Rothbart MK. Developing mechanisms of self-regulation. *Dev Psychopathol* 2000,12:427-441.
  27. Posner MI, Rothbart MK, Vizueta N. et al. Attentional mechanisms of borderline personality disorder. *Proc Natl. Acad Sci USA* 2002,99:16366-16370.
  28. Eisenberg N, Smith CL, Sadovsky A, et al. Effortful control: Relations with emotional regulation, adjustment, and socialization in childhood. En: Baumeister RF, Vohs KD (Editors). *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications*. Nueva York. Guilford Press. 2004. 259-282.
  29. Kochanska G, Knaack A. Effortful control as a personality characteristic of young children: Antecedents, correlates, and consequences. *J Personality* 2003,71: 1087-1112.
  30. Hoermann S, Clarkin JF, Hull JW, et al. The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology* 2005,38:82-86.
  31. Spont, MR. Emotional instability. En C.G. Coestelo (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. Nueva York. Wiley. 1996. 48-90.
  32. Depue RA, Spont MR. Conceptualizing a serotonin trait: A behavioral dimension of constraint. *Ann N.Y. Acad Sci* 1986,487:47-62.
  33. Prossin AR, Love TM, Koeppe RA, et al. Dysregulation of regional endogenous opioid function in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2010,167:925-933.
  34. Kennedy SE, Koeppe RA, Young EA, et al. Dysregulation of endogenous opioid emotion regulation circuitry in major depression in women. *Arch Gen Psychiatry* 2006,63:1199-1208.
  35. Stanley B, Siever LJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *Am J Psychiatry* 2010,167:29-39.
  36. Stanley B, Sher L, Wilson S, et al. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal Affective Disorders* 2010,124:134-140.
  37. Clarkin JF, Levy KN. The influence of client variables on psychotherapy. En: Lambert MJ (Editor). *Bergin y Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. Nueva York: Wiley. 2004. 194-226.
  38. Soloff P. Pharmacotherapy in borderline personality disorder. En: Gunderson JP, Hoffman PH (Editors.). *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families*. Washington, DC. American Psychiatric Publishing. 2005. 65-82.
  39. Kernberg OF, Burstein E, Coynem L, et al. Psychotherapy and Psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1073,36:1-275.
  40. Wallerstein RS. *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Nueva York-Londres. Guilford Press. 1986.
  41. OPD Test Force. *Operationalized Psychodynamic Diagnostics*. Seattle, Toronto, Göttingen, Berna. Hagrafe □ Huber Publisher. 2001.
  42. PDM Task Force. *Psychodynamic diagnostic manual: Personality patterns and disorders*. Silver Spring, Maryland. Alliance of Psychoanalytic Organizations. 2006.
  43. Garza Guerrero C. *Psicoanálisis: ¿Requiescat in pace? Una crítica desde adentro y una propuesta impostergable*. México. Editores de Textos Mexicanos. 2011.
  44. Westen D. The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin* 1998,124:333-371.
  45. Garza Guerrero C. The crisis in psychoanalysis: What crisis are we talking about? *International Journal of Psychoanalysis* 2002,83:57-83.
  46. Garza Guerrero C. Organizational and educational internal impediments of psychoanalysis: Contemporary challenges. *International Journal of Psychoanalysis* 2002,83:1407-1433.
  47. Garza Guerrero C. Reorganizational and educational demands of psychoanalytic training today: Our long and marasmic night of one century. *International Journal of Psychoanalysis* 2004,85:3-26.
  48. Garza Guerrero C. *Crisis organizacional y educacional del psicoanálisis: Desafíos contemporáneos*. México. Editores de Textos Mexicanos. 2006.
  49. Kernberg OF. Hatred as a core affect of aggression. En: *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship*. New Haven y Londres. Yale University Press. 2004. 27-44.
  50. Brodsky BS, Groves SA, Oquendo MA, et al. Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behavior* 2006,36:313-322.
  51. McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Nueva York-Londres. Guilford Press. 1994.