



**SELINUS UNIVERSITY**  
OF SCIENCES AND LITERATURE

**TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE Y LA  
DIFICULTAD DE DIAGNÓSTICO: UN ANÁLISIS DE LA  
CONSECUENCIA COMO UN PERJUICIO PARA LA  
IDENTIDAD DEL PORTADOR**

**Por Marcelo Paschoal Pizzut**

**2022**

Dedico este trabajo a todos mis pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, y a todos mis pacientes en la ciudad de São Sebastião do Caí y región.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Selinus University of Sciences and Literature por la oportunidad de realizar este doctorado. Me gustaría agradecer a mi supervisor Salvatore Fava por todo el apoyo durante este trabajo. Agradezco a mis alumnos y pacientes que fueron una fuente de inspiración y apoyo. Sobre todo, quiero agradecer a mi familia, quienes han estado a mi lado, fortaleciéndome y constantemente a lo largo de mi formación. Muchas gracias.

*"No pueden detenerme. Obtendré mi educación, ya sea en casa, en la escuela o en cualquier lugar".*

(Malala Yousafzai)

## INTRODUCCIÓN:

El trastorno de Personalidad Borderline tuvo el reconocimiento, de facto, en el *fin* del siglo pasado, aunque, desde siempre, ha inquietado teóricos de la psiquiatría y del psicoanálisis, por contener especificidades que no se encuadraban en los perfiles clasificatorios tradicionales. Ni completamente lúcidos ni totalmente insanos, los que sufren con el síndrome representaban una incógnita para los analistas, que no encontraban definición para las características presentadas, y no tenían un diagnóstico adecuado, capaz de delimitar el tratamiento.

Con los avances obtenidos a través de estudios psicoanalíticos y de terapia cognitiva comportamental, actualmente, el término Borderline ya se ha insertado en los principales órganos de salud mental y de salud en general, pero, en la actividad práctica, el tema aún provoca innumerables discusiones, por poseer difícil diagnóstico, y por ser, muchas veces, confundido con otros trastornos que pueden ser derivados del propio síndrome Borderline. Esa ausencia de exactitud necesita de ser extinta, porque causa un perjuicio significativo en el progreso, en la construcción, en la integración y en la integridad de la identidad del paciente con TPB, que, debido al problema, ya está comprometida.

La pesquisa en cuestión trata de analizar minuciosamente todos los aspectos relativos al Borderline, con enfoque en el psicoanálisis, sin dejar, mientras tanto, de mencionar otros estudios, buscando problematizar la personalidad, los trastornos de personalidad, el Borderline como un todo, detallar la identidad, intentando englobarlo a la personalidad, a los trastornos y al Borderline, a partir de la dificultad de diagnóstico de los trastornos y del Borderline en particular, para pasar así, a la temática de la pesquisa, trazando un paralelo entre la dificultad de diagnóstico de los trastornos en general, y, finalmente, llegar a la propuesta mencionada, que es la dificultad de diagnóstico como un perjuicio a la identidad del portador del trastorno de personalidad Borderline. Siendo así, sigue una descripción de la estructura de presentación del análisis, compuesto de 7 capítulos:

Capítulo I: Personalidad, Capítulo II: Trastornos de Personalidad, Capítulo III: Trastorno de Personalidad Borderline, Capítulo IV: Identidad, Capítulo V: La Identidad del Paciente con Trastornos de Personalidad, Capítulo VI: La Dificultad de Diagnóstico del Trastorno de Personalidad Borderline, y, por fin, el capítulo VII, que es el tema central de la pesquisa: La Dificultad de Diagnóstico como Perjuicio al Portador del Trastorno de Personalidad Borderline.

Por el hecho del término Borderline referirse exactamente a un trastorno de personalidad, cabe, para tanto, en el presente trabajo, un capítulo para enfatizar la personalidad, según algunos estudios, con la exposición de algunas definiciones y teorías, para así, seguir después, en capítulos posteriores, el camino de los trastornos, el surgimiento y los detalles del término Borderline y, finalmente, investigar minuciosamente el Borderline a partir de la propuesta a ser reflejada. De inicio, se pasa entonces al capítulo de caracterización de la personalidad.

## CAPÍTULO I - PERSONALIDAD:

En este capítulo, la personalidad será el foco de las atenciones, pues es a través de este punto de partida que se pretende llegar a la conclusión final de esta pesquisa. Para tanto, son dispuestas algunas definiciones y teorías, bien como algunas metodologías para evaluación de la personalidad, con el objetivo de elucidar los estudios que envuelven la cuestión, que prosigue entonces, a algunas posibilidades de definición existentes.

### 1.1. DEFINICIÓN BÁSICA DE PERSONALIDAD:

La personalidad es pesquisada de acuerdo con variadas temáticas, y todas poseen innumerables teorías, con en el intento de identificarla, definirla y comprenderla. En un período anterior, la personalidad estaba más relacionada con el teatro, que la utilizaba para designar los personajes (Carvalho, 2011), lo que con el

pasar del tiempo, ha sido modificado gradualmente, pasando a representar las características generales e individuales de cada persona; clasificación esta que es predominante hasta hoy en día.

Actualmente, la personalidad, para varios grupos de investigadores, entre ellos Millon y otros, mencionados por Carvalho et al., (2014, p. 148), se constituye a partir de un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales que, en interacción, determina las características generales e individuales de una persona, de acuerdo con cada particularidad (Carvalho, 2011). Son muchas las ideas que la componen, pero hay un sentido común de que existe, es presente, hace parte de cualquier ser humano, y contiene especificidades que pueden cambiar a través del medio externo (Baptista, 2010).

Entre las innumerables comprensiones designadas a la caracterización de la personalidad, hay, conforme Carvalho; Sette; Capitão; Primi, (2014, p. 148), con citas de Millon y otros autores, evidencias de que el conjunto de factores que la constituye se presenta inconsciente y casi automático, y está presente en todos los individuos en constancia y continuidad, estableciendo la garantía de exaltar la persistencia ante el enfrentamiento del cotidiano (Carvalho, 2008), referenciado por Carvalho et al. , (2014, p. 148. Según Millon et al., (2004), destaque de Carvalho et al., (2014, p. 148):

Las estructuras de la personalidad son compuestas y entrelazadas por memorias internalizadas y por la autoimagen, las cuales son responsables por coordinar las funciones de los procesos cognitivos y los mecanismos inconscientes, donde el punto de partida es la visión de hombre integrado, que contiene estilos estandarizados de reacciones adaptativas a los contextos de las situaciones.

El término personalidad ha sido investigado bajo varias ópticas, aunque todas conecten físico y psíquico para intentar explicarla. En filosofía, hay el predominio del racional e irracional, en psicología, el consciente o preconscious y el inconsciente, en medicina en general, el físico y el biológico, en religión, el material y el espiritual y, así por adelante. El cierto es que muchos se pronuncian acerca del tema, con el objetivo de estudiar las complejidades existentes en ese conjunto de características, inherente a todo ser humano (Pasquale, 2000).

De acuerdo con una perspectiva filosófica, más precisamente la del materialismo de Marx, Martins, (2004) así como Da Silva, (2009, p. 176), apud Leontiev, (2004, p. 129), declaran que: no hay la posibilidad de que la personalidad sea adquirida ya a partir del nacimiento, pues, las manifestaciones que la representan surgen conforme el desarrollo del sistema psicobiológico, compuesto de los aspectos cognitivos, y a través del medio social y cultural, que interfiere en las bases fundamentales de las características individuales, particulares, únicas y singulares de cada persona. Tal perspectiva parte de la suposición de que la personalidad es, de facto, consolidada, cuando hay motivos, actividades y objetivos (Martins, 2004).

La citación de Martins, (2004) afirma el motivo como una motivación generadora de la actividad que, en consecuencia, conduce al objetivo. Motivo, actividad y fin, en conjunto con la acción, que intermedia el pasaje entre ellos, y dan originalidad a las particularidades que clasifican la personalidad.

Da Silva, (2009, p. 176), en un artículo que ha sido publicado con base en pesquisas de psicología histórico-cultural, a partir de Martins, (2001), argumenta que la personalidad se solidifica a partir de dos complementos que la preceden: la subjetividad, que se refiere a la capacidad psíquica de percepción, y la objetivación de la individualidad, que es la conciencia objetiva adquirida por factores genéticos, que componen el sistema biológico, que torna el ser único y exclusivo. Por lo tanto, la autora aclara que la personalidad se revela apenas en el momento en que el individuo se apropia de la subjetividad y de la individualidad, para incorporarlas en los contextos sociales que, en conjunto con los aspectos cognitivos, dan sentido real al término (Da Silva, 2009, p. 176).

Para Martins, (2001, p. 107), mención de Da Silva, (2009, p. 177), la personalidad se constituye por medio de un conjunto de factores externos e internos, ambos relacionados con el ambiente social del individuo. En el entendimiento de Martins, (2001, p. 107), destaque de Da Silva, (2009, p. 177), los factores externos se refieren a las experiencias y a las relaciones mediadas por las interacciones con el otro, al paso que los factores internos son productos adquiridos por el sistema



psicobiológico, que, también a partir de condiciones sociales desarrolla características individuales.

Da Silva, (2009, pp. 177-178), cuya pesquisa se fundamenta en la psicología histórica, social y cultural, enfatiza, ancorada por diversos teóricos, que el estudio de la personalidad no debe limitarse apenas a peculiaridades, pero antes, considerar como término de análisis la actividad del ser en movimiento, realidad que tiende a desempeñar papel relevante en aspectos relativos al contenido en cuestión. La citación de Leontiev, (1978, p. 145), posicionada en Da Silva, (2009, pp. 177-178), confirma la importancia de la atención cuanto a la actividad humana para la estructura de teorías y métodos, pues investigaciones pautadas solamente en hábitos, habilidades y otros pormenores, a depender de los objetivos y resultados pretendidos, pueden reducir posibilidades, ya que tales alternativas necesitan de cernes consistentes, que, conducidas ante el proceso de acción, viabilizan garantías de eficacia y eficiencia a las oportunidades requeridas.

Como justificativa de validación a la actividad para la comprensión de la personalidad, Da Silva, (2009, pp. 178-179), recurriendo a Leontiev, (1978, p. 157) y a Martins, (2001, p. 149), resalta tal condición propiciada y subordinada por necesidades y motivos, complementos que se articulan mutuamente en direcciones simultáneas entre estímulo y satisfacción. Martins, (2001, p. 149), apuntamiento de Da Silva, (2009, p. 179), configura la personalidad en especificidades concernientes al género humano ante la participación en el mundo, organizadas conforme propósitos e intenciones, funciones que respetan grados de conciencia y autoconciencia, capacidades predictivas del predominio clasificatorio correspondiente a las características regentes de las terminologías de la personalidad.

Un dato coherente a la concepción, descripción y conceptualización de la constitución de la personalidad, por Da Silva, (2009, pp. 178-179), reforzada por Leite, (1999), es el enfoque a los mecanismos emocionales como componentes primordiales al ejercicio de la subsistencia humana, pues, es justamente a través de las emociones que se da los procesos de motivación y regulación de actos y comportamientos, partes individualizadas conectadas al colectivo, disponibles a

partir de las experiencias vivenciadas por el medio social. Da Silva, (2009, p. 178) puntualiza que, aunque las emociones estén directamente ligadas al cerebro, provocan y son provocadas por acciones y reacciones provenientes de la actividad individual en sociedad, y, por tal razón, no pueden ser descartadas de los constructos relativos a la personalidad, ya que ejercen tarea crucial al conocimiento y reconocimiento de los motivos regentes de toda y cualquier ejecución.

El pensamiento de Da Silva, (2009, pp. 179-181), posicionado en la actividad humana y en el motivo como condiciones adicionales al desarrollo de la personalidad, apunta abordajes de Leontiev y Vigotski para explicar que a pesar de la dependencia entre ambos los contextos, que sugiere consecuencias proporcionales a la conexión y a la sintonía concomitantemente, hay, al mismo tiempo, la ocurrencia de contradicciones, o sea: cuando la actividad no corresponde al motivo o viceversa, es generada así la llamada crisis, fenómeno indicado por Leontiev y Vigotski, en Da Silva, (2009, pp. 179-181), para designar modificaciones y alteraciones expresivas a la caracterización de la personalidad. Estas crisis, mencionadas por Da Silva, (2009, pp. 180-181), no representan específicamente tendencias negativas, pero contribuciones naturales para mudanzas, registros que acontecen durante toda la trayectoria de vida del individuo.

Vigotski, (1996), citado por Da Silva, (2009, pp. 180-182), explicita que la singularidad, las particularidades y las peculiaridades, contenidos únicos y exclusivos pertenecientes a cada persona, obedecen jerárquicamente a preceptos equivalentes a determinadas fases y etapas, que, a pesar de establecidas y definidas por el teórico, respetan la historicidad y las experiencias individuales de los seres. Para Vigotski, (1996), referencia de Da Silva, (2009, pp. 180-182), la evolución de la personalidad es adquirida de acuerdo a las novedades, que, conocidas, reconocidas, experimentadas y vivenciadas por el ser humano a partir de la interacción social y cultural, son integradas, tanto por medio de nuevas adquisiciones como por la perca de intereses, renovada a través de otras alternativas también pasibles de gusto y preferencia.

Da Silva, (2009, pp. 182-186), a fin de atribuir consistencia al carácter real de la personalidad en el propio individuo, conducida por pesquisas de Vigotski y Leontiev, también corroboradas por Martins, expone las cuestiones de conciencia individual y autoconciencia como condiciones relevantes a los criterios dispuestos para caracterización de la personalidad, teniendo en cuenta las capacidades humanas de percepción e identificación de existencia en el mundo. Así, con conciencia y autoconciencia, habilidades obtenidas conjuntamente por funciones biológicas, psíquicas, sociales y culturales, el ser humano tiene la real dimensión de su participación en el ambiente externo, además de conseguir mensurar de forma objetiva su individualidad y subjetividad, organizando y reorganizando actividades y motivos para una total y plena utilización de los contenidos disponibles a la efectiva constitución de la personalidad (Da Silva, 2009, pp. 182-186).

Según Da Silva (2009, pp. 187-188), en Brasil, a partir de la década de 1980, Ciampa, colaborador del grupo de psicología social de PUC - SP, coordinado por Lane, debido a contestaciones levantadas a paradigmas y parámetros de la psicología tradicional, substituye la nomenclatura personalidad por identidad, para, con eso, conducir el sentido del término a una dirección más sociable, con el fin de insertar el individuo en un contexto colectivo, que, para los grupos, por cuenta del psicoanálisis de Freud, estaba individualizado y centralizado en el yo. Da Silva, (2009, p. 188) refuerza, mientras tanto que, a pesar del reemplazo del nombre, la identidad es la personalidad, pero agregada a los conceptos del materialismo marxista, que considera el ser como un todo, y no apenas como una parte única que se altera con la sociedad, o aún, que es modificada por ella.

Ante la propuesta de identidad adoptada por Ciampa, Da Silva, (2009, pp. 188-189) compone la idea, destacando palabras del propio autor, en: Ciampa, (1987, pp. 170, 241-242), en una proporción amplia, afirmando el individuo como parte y participante fundamental de sus acciones en sociedad, donde retira e inserta sentidos y significados para propósitos y resultados. El trabajo de Ciampa, resaltado por Da Silva, (2009, pp. 188-190), aunque cite Marx para tratar de la actividad humana y también investigue Leontiev y Vigotski para reforzar sus elaboraciones, no descarta las perspectivas de personalidad del psicoanálisis de Freud, que, a pesar

de tejer críticas a las teorías, para él limitadas y desconectadas del todo, asegura positividad cuanto a las contribuciones psicoanalíticas freudianas, caso los vieses tuvieran foco más vuelto al ámbito social, optando así por la concepción de identidad retratada por Habermas, cuya pretensión es posicionar al hombre en un accionar comunicativo, por adonde las manifestaciones humanas funcionan a partir de sucesiones de metamorfosis, concedidas por méritos que visan y privilegian los intereses de la razón.

Hay, en la personalidad, tres indicativos que se presentan como esenciales: temperamento, carácter y rasgo. Son naturalmente visibles, porque acompañan al individuo en acciones, actos, actitudes y comportamiento.

Baptista, (2010), en el artículo que ha publicado sobre las teorías de la personalidad, observa, conforme Buss Plumin (1984), citación de Hansenne (2003) que el temperamento corresponde a características generales de la esencia de una persona, que son consideradas innatas, pero que pueden cambiarse de acuerdo con las experiencias. Las modificaciones que surgen durante la vida, derivadas de la sociedad, de situaciones y condiciones, acaban por ser una parte crucial, porque, a partir de ellas, se define lo que determina por el personaje, un aspecto duradero equivalente a la conducta y a las intenciones (Cloninger, 1993), citación de Hansenne, (2003) en (Baptista, 2010).

Las características psicológicas correspondientes a los rasgos de la personalidad, para Sisto, (2004, p. 359), a partir de citación de Eysenck & Eysenck, (1987), son verificadas e identificadas por determinados comportamientos individuales, que, de cierta forma, definen la conducta de los seres ante el otro y el ambiente externo. Sisto, (2004, p. 359) clasifica como algunas calificaciones pertenecientes a los rasgos de personalidad, aspectos psíquicos relativos a la honestidad, simpatía, timidez, melancolía, entre otros, que dominan las expresiones designadas a cada uno y son dominantes, pudiendo estar presentes durante toda la vida, tornándose representaciones a la caracterización de los seres humanos, que se presentan concomitantemente en sentimientos, pensamientos, actos y acciones (Sisto, 2004, p. 360).

Vale mencionar, mientras tanto, que la propuesta de modelo con relación al personaje expuesto por Baptista, (2010), conforme afirmación del propio autor, no asume el mismo papel del sentido común, que discrimina la cuestión, relacionándola a algunas calidades intrínsecas a cada persona, que la inserta en una connotación de juicio moral. Tal síntesis es reforzada por la idea de Hansenne (2003), que expone, como rastros habituales, las referencias de comportamiento, reveladas en determinadas ocasiones (Baptista, 2010).

El temperamento, de acuerdo con Ito y Guzzo (2002), en una pesquisa sobre las variadas teorías que lo comprenden, y con Pasquali, (2000), en el libro sobre los tipos humanos y la teoría de la personalidad, ha sido estudiado desde hace mucho, por autores de la Grecia antigua, que clasificaban el temperamento según variaciones de humor, condicionados al formato del cuerpo y a la circulación de la sangre. Los autores Ito; Guzzo (2002) y Pasquali, (2000) citan Hipócrates y Galeno, que identifican sangrientos y coléricos como aquellos que tienen circulación de sangre más rápida, y en flemáticos y melancólicos, los de circulación más lenta.

Esa categorización, conforme Pasquali (2000), ha persistido hace más o menos 2500 años, y se transforma a los pocos, entre el fin del siglo XIX y el inicio del siglo XX, cuando despierta el interés de psicólogos y psiquiatras como Jung y Adler. Teóricos contemporáneos como Goldsmith e Rieser-Danner, con el objetivo de intentar establecer un consenso, conforme Ito y Guzzo (2002), elaboran un levantamiento de divergencias y convergencias entre las pesquisas sobre el tema, y llegan a la conclusión de que todos se acuerdan de que el temperamento es adquirido en la infancia, que dicta la base de una personalidad posterior, que es relativamente estable y que sufre modificaciones por el contexto.

En el caso de las divergencias, los autores, según Ito y Guzzo (2002), destacan que algunos análisis indican el temperamento como una característica comportamental, mientras otras lo ponen en aspectos psicobiológicos. Algunas perspectivas lo clasifican en un sistema cognitivo alterado por las experiencias y/o la sociedad, y hay todavía las que van en un sentido opuesto, enfatizando los factores cognitivos en constante desarrollo y evolución, como los responsables por un comportamiento actuante (Ito; Guzzo, 2002).

Ito y Guzzo (2002) reportan, citando Strelaus, controversias entre temperamento y personalidad, en la medida en que el temperamento es considerado como parte de la personalidad, que ambos son sinónimos, o aún, que son distintos, lo que ha sido resaltado por Pasquali, (2000), cuando dice que el término personalidad es muy amplio y que el temperamento asigna sentidos más específicos a la individualidad humana. Para otros investigadores, todavía, según Ito; Guzzo, (2002), el temperamento es una característica de los animales y humanos, mientras la personalidad se verifica apenas en la especie humana.

Para Pasquali, (2000), la discusión sobre temperamento y personalidad está lejos de ser definida, porque, a cada nuevo estudio, aunque haya acuerdo entre varias temáticas, diferentes pesquisas han sido hechas, y las ideas ganan variados conceptos. Juntos o separados, el hecho es que las dos terminologías han sido pesquisadas e investigadas, al fin de que sean difundidas, utilizándose para tanto, de varios procedimientos para evaluación y prevención de disturbios (Ito; Guzzo, 2002).

Al hacer explícitos aspectos temperamentales que, según Ito; Guzzo, (2002), Pasquali, (2000) y Volpi, (2004), ya se verifica en la niñez, Volpi, (2004) indica que son las bases iniciales de la formación del personaje y, posteriormente, de aquello que se constituye como personalidad. En esa línea, entonces, se puede afirmar, de acuerdo con Volpi, (2004), que el temperamento no es lo mismo que personalidad, ya que la moldea, en conjunto con el ambiente social y cultural, en que el personaje es representado por señales y marcas registradas en las funciones psicobiológicas, que dan nombre a la manera de ver y darse cuenta del mundo, responsables por las acciones y por valores, demostrados en actitudes.

Después de la exposición de algunas definiciones de personalidad, que no la definen, pero intentan comprenderla e interpretarla, se pasa ahora al momento de tornar explícitas algunas teorías que la defienden bajo variadas perspectivas. Entre estos enfoques, se pueden destacar en: idiográfica y monotética, que son más generales, y las de psicología, que contienen características más específicas, caso de las psicoanalíticas, neoanalíticas, humanistas, de aprendizaje, cognitivas, de las

disposiciones y psicobiológicas, en que las primeras son, justamente, las idiográficas y las monotéticas.

## 1.2. ALGUNAS TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD:

Hansenne, (2003), referencia de Baptista, (2010) realiza que la personalidad ha sido estudiada bajo dos principales perspectivas: la idiográfica y la nomotética. La perspectiva idiográfica analiza el ser de forma individual, colocándolo en la condición de entero y único. Para concentrarse en él, todas las pesquisas son conducidas, estratégicamente, a partir del comportamiento individual en diferentes situaciones; al paso que, en la nomotética, son indicados para evaluación varios individuos, comparándolos entre ellos, conforme reglas situacionales preestablecidas (Hansenne, 2003), citación de (Baptista, 2010).

Baptista, (2010) hace explícitas siete teorías de la personalidad en psicología, que dan cuenta de procurar describir como se procesa y como ocurre ese proceso. Las perspectivas, según el autor, son: psicoanalítica, neoanalítica, humanista, de aprendizaje, cognitiva, de las disposiciones y psicobiológica.

Muy brevemente, la teoría del psicoanálisis, cuyo fundador y principal nombre es Freud, basa la personalidad en un conjunto dinámico de componentes en conflicto, que es dominado por fuerzas inconscientes, en que la sexualidad ejerce función central, juntándose al inconsciente, preconsciente, consciente, al ego, id y superego (Baptista, 2010). Conforme verificación posterior, las pesquisas freudianas clasificaban la personalidad y definían las patologías, pero no tuvieron consistencia para sostener los trastornos de personalidad, que habría de dar margen a otros conceptos.

La perspectiva neoanalítica, desarrollada por Jung y corroborada por ideas de otros teóricos, rechaza la sexualidad como regente de la personalidad y privilegia el inconsciente, que es individual y colectivo (Baptista, 2010). Pensamientos,

sentimientos, sensaciones e intuiciones están presentes durante todo el desarrollo de la personalidad, y son dirigidos por el ambiente social y por las relaciones interpersonales que interfieren en la fase de la infancia y continúan influyendo hacia la fase adulta (Baptista, 2010).

En un análisis humanista, la evolución de la personalidad depende exclusivamente del desarrollo del propio ser que, por él mismo, es creativo y espontáneo, y tiene intención y libre albedrío (Baptista, 2010). Para los defensores de la ideología, aunque el ser sea modificado por las experiencias y por el medio, él posee la capacidad de elegir y de tomar decisiones (Baptista, 2010).

De acuerdo con las teorías del aprendizaje, más precisamente las de Skinner y Bandura, la personalidad es el resultado de respuestas, consecuencias de refuerzos, en que la observación del ambiente contribuye significativamente con el curso del desarrollo y de la evolución (Baptista, 2010). A pesar de haber divergencias entre esas teorías del aprendizaje, hay un consenso de que todo el comportamiento es aprendido, y que la personalidad, por lo tanto, se caracteriza por factores expuestos a un constante aprendizaje (Baptista, 2010).

En la perspectiva cognitiva, los autores tienden a rechazar los rastros de personalidad, insertándola en el ámbito de cinco organizaciones: competencias, estrategias de codificación, expectativas, valores subjetivos y los sistemas de autorregulación (Baptista, 2010). Aunque no eliminen la relación entre herencia y experiencias, afirman que todo el proceso ocurre dentro de las ocupaciones cognitivas (Baptista, 2010).

Opuesta a la teoría cognitiva, hay la perspectiva de las disposiciones, que considera los rastros de personalidad como componentes primordiales a la identificación del individuo, ya que, por medio de tales características, los estudiosos confirman conseguir precisar aspectos propios de cada persona. Para eso existe, incluso, una prueba llamada *Big Five* (los cinco grandes factores), que se proponen a evaluar extroversión, agrado, amabilidad, consciencia y abertura a la experiencia, calidades capaces de detectar más fácilmente los principales fenómenos presentes en la personalidad individual (Baptista, 2010).



Por fin, Baptista (2010) cita los estudios con base psicobiológica, que investigan emociones positivas y negativas, oriundas del sistema biológico, asociado a las interferencias del medio social. Las pesquisas, según Baptista (2010), justifican las respuestas por recompensa y castigo, y llevan en cuenta las alteraciones comportamentales que surgen durante el procedimiento.

Baptista, (2010), así como Pasquali, (2000) y Veríssimo, (2001), refuerzan que la teoría psicobiológica relaciona la personalidad a sustancias producidas por el cerebro y a los neurotransmisores que, conforme las pesquisas realizadas en la temática, tienen relevancia significativa en el ámbito de las formaciones y de los cambios, Así, cada acción y reacción se conectan entre ellas, trayendo propiedad de causa y consecuencia a la caracterización de la personalidad (Baptista, 2010); (Pasquali, 2000); (Veríssimo, 2001).

Todavía enfocado en las teorías que intentan definir la personalidad, es válido destacar el Behaviorismo radical de Skinner, que, aunque ya brevemente posicionado en la teoría del aprendizaje, en Baptista, (2010), es confirmado por Sadi, (2011, p. 4), con referencias de Skinner y de otros autores, como el responsable por colocar el yo y la personalidad en un repertorio de comportamientos adquiridos, en que factores genéticos, ambientales, sociales y culturales son parte de una organización, desarrollada y constituida por el conjunto de estos contenidos, que, según los autores, moldea las características predominantes de la personalidad. Así, bajo perspectiva y concepción behaviorista, la personalidad puede ser comprendida y entendida, conforme explicación de Harzem, (1984), exposición de Sadi, (2011, p. 5), a partir de una composición de variables, y de comportamientos previamente establecidos del individuo, definición atribuida a las diversas secuencias de hechos, situaciones y condiciones, que son funcionales a través de consecuencias, respuestas ajustadas a estímulos de refuerzo y punición, que, para Sadi, (2011, pp. 4-5), con base en varios defensores del behaviorismo a los estudios de caracterización de personalidad, tienen relación con la idea de la consistencia estandarizada de acciones y actitudes individuales, ejercidas por contribuciones advenidas de experiencias pasadas y presentes, adaptadas a

diferencias y semejanzas de contextos, procesos que precisan de ser analizados en unicidad.

Los conocimientos sobre la personalidad deben ser alentados en todas las esferas que tienen el ser humano como centro, porque, destacando la citación de (Veríssimo, 2001), en el libro de psicología para médicos, tal especificidad es imprescindible para hacer factible la comunicación entre quien procede y quien necesita de los procedimientos. En el caso de psicólogos y médicos, Veríssimo, (2001) enfatiza la importancia del estudio de la personalidad, ya que trabajan específicamente con humanos, y conocer las variaciones existentes permite, tanto para el profesional, cuanto para el paciente, una seguridad mutua, en que hay la previsibilidad por parte del médico y del terapeuta, con relación al supuesto comportamiento del cliente, que, a pesar de debilitado, se siente, a cada encuentro terapéutico y consulta psiquiátrica, que es comprendido en todos los procesos del tratamiento.

Erthal, (1984), al investigar la personalidad autoritaria y dogmática, identifica las probabilidades de cambios, tanto para el que propone modificaciones cuanto para el que se dispone a ellas. La persuasión es un fuerte indicador para la transformación actitudinal, pues, para Erthal, (1984), al persuadir, el persuasivo cree y lleva a creer en la persuasión, mientras el persuadido se deja persuadir porque está siempre disponible a las influencias externas.

Entre los muchos estudios que existen sobre la personalidad, también vale mencionar en este capítulo, las teorías implícitas de la personalidad, que pretenden investigar impresiones pasadas y registradas, y como ocurre, en la interacción, tal fenómeno (Ferreira; Marques; Toscano; Carvalho; Hagá, 2011). Los autores señalan el bidimensional, presente en el intelecto de la sociedad, en que el cognitivo participa activamente, como un factor fundamental y esencial para la percepción de impresiones, bien como la asignación de provocar determinada impresión.

La personalidad, conforme se puede verificar, no posee definiciones propias de identificación, y, lejos de ser comprendida, es discutida y estudiada bajo variadas perspectivas, que, al revés de limitarlas a un solo significado, la tornan amplia en

difusión y conceptos propulsores a nuevas posibilidades y oportunidades. En el capítulo siguiente, serán expuestos, así, los trastornos de la personalidad, partes afectadas de la condición normal de la coexistencia del ser humano.

Explícitas algunas teorías existentes para estudiar la personalidad, la temática de la pesquisa sigue, posteriormente, las líneas destinadas a la evaluación de las características que definen trazos peculiares de cada individuo, y que es utilizada para diversos fines, incluso, a la detección de los trastornos. Conforme ya mencionado en elementos anteriores, hay variados instrumentos propuestos a esa finalidad, y así, la investigación discute algunos de estos sistemas, procurando abordar objetivos generales y específicos, en el sentido de identificar la realidad adecuada a cada procedimiento.

### 1.3. EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD:

Antes de proseguir con las cuestiones englobadas por la evaluación de la personalidad, es relevante mencionar los términos generales de instrumentalización existentes, destinados a la evaluación psicológica en múltiples aspectos, a fin de consolidar, posteriormente, los mecanismos que contemplan la dirección pretendida. Con tal propósito, se sigue así, apenas a título de esclarecimiento breve, una idea básica y sucinta de la práctica empleada para las evaluaciones psicológicas.

#### 1.3.1. CONCEPTOS E IDEAS GENERALES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE PERSONALIDAD:

Noronha, (2002, p. 56), mencionando autores estudiosos de la historicidad de la evaluación psicológica, esclarece, de acuerdo a tales investigaciones, que la tarea no es un acto reciente, conteniendo los primeros trabajos realizados, desde 1875, con Galton y Cattell, “con el objetivo de medir la inteligencia” (Ibid, 2002, p. 56). La autora, según mención de Pasquali, (1999), afirma que los llamados psicólogos

experimentales de la época no nutrían intereses en análisis de diferencias individuales, cuyas teorías pretendidas se empeñaban en la generalización comportamental en uniformidad, y la individualidad, en ese contexto, dejaba de ser contemplada y perdía campo, limitando así, el papel de la evaluación psicológica, que no se integraba en consistencia y competencia.

A pesar de continuar siendo utilizada después del desarrollo inicial, la práctica de las evaluaciones psicológicas no mantenía representación eficaz en la realización, por no presentar exactitud en los resultados, dificultad esta que, por vuelta de la década de 30, conforme Ancona Lopez, (1987), referencia de Noronha, (2002, p. 56), perdió crédito, siendo abandonada y rechazada, tornándose para muchos una teoría inválida, debido a las fragilidades metodológicas, incoherentes a las expectativas a ellas dirigidas. Noronha, (2002, p. 56) explicita que, por cuenta de ineficiencias e inadecuaciones, las actividades de evaluación psicológica enfrentaron incontables cuestionamientos cuanto a la aceptación en la realidad de la profesión de los psicólogos y en la población. Actitudes y condiciones que marcaron e interfirieron negativamente en todos los aspectos asignados a la construcción de paradigmas consistentes en relación al enriquecimiento de metas y propósitos de evolución sistemática de los patrones correspondientes a los métodos evaluativos.

Debido a los avances obtenidos por la modernidad, la temática de las evaluaciones psicológicas gana nuevos mecanismos en la discusión teórica, y entre ellos, está una fundamentación básica de argumento, como por ejemplo, de la expuesta por Noronha, (2002, p. 56), citando varios autores, de que las inconsistencias metodológicas de las pruebas psicológicas de hoy no son las mismas de tiempos remotos, pero, que todavía existen, y que, para una actuación efectiva, se hace necesario la intervención entre la buena calidad de los profesionales y de los instrumentos, que tiende a asegurar posibilidades, capacidades, competencias y oportunidades, en un solo objetivo, que es lo de garantizar y propiciar significados correctos y satisfactorios cuanto a la validez y al éxito de producto, producción y productor. Los conocimientos de los profesionales del área de psicología son imprescindibles e indispensables para evaluar los respectivos materiales de evaluación, pues, es a partir de la formación e información

que se consigue desacoplar de elementos desfavorables o insuficientes al alcance del suceso deseado (Noronha, 2002, p. 56).

Para la psicología contemporánea, el proceso de evaluación es fundamental en innumerables finalidades, desde la detección de diagnósticos, hasta las posibilidades de pronósticos, pasando también por las áreas profesionales en variados niveles, abarcando todos los contenidos presentes en la psicoterapia, con el objetivo de reflexionar y analizar características y problemas de orden psíquica, bien como la vocación, la aptitud y el desempeño en las profesiones, y la propia terapia como un todo, ajustándola a las variadas necesidades, en el sentido de viabilizar capacidades y priorizar oportunidades (Noronha; Vendramini, 2003, p. 178) & (Noronha, 2002). Noronha; Vendramini, (2003, p. 177) afirman que los testes psicológicos utilizados por profesionales de psicología, importantes para producir informaciones cuanto a la colecta y la interpretación de datos (Noronha; Freitas; Sartori; Ottati, 2002, p. 143), precisan ser realmente útiles y eficientes, debiendo para eso, ser comprobados científicamente, a partir de parámetros específicos de reconocimiento cuanto a la real validez, atendiendo a determinados requisitos, siempre dispuestos en manuales y documentos de instituciones especializadas, disponibles para garantizar credibilidad a las metodologías adoptadas.

Es importante enfatizar que, aunque la evaluación sea recomendada e incentivada por la comunidad científica como parte relevante y crucial para el ejercicio profesional de los psicólogos, y haya, en diversos países, incluso en Brasil, pesquisas consistentes con relación a la validez de la práctica eficiente de las evaluaciones psicológicas (Noronha et al. , 2002, p. 143), según confirmación de Noronha y Vendramini, (2003, p. 177), en territorio brasileño, apenas los consejos de psicología dictan de forma generalizada pautas y normas, que poseen exposiciones éticas cuanto a la calidad de los métodos y la conducta responsable en la realización de las aplicaciones, sin enfoques significativos a la construcción de las pruebas. Noronha et al. , en el estudio de (2002, p. 144) y en el de 2003, destacan mientras tanto que, en el país, en 2001, Noronha et al. , (2003, p. 177), ha sido publicada, por el Consejo Federal de Psicología, una resolución, que regula la elaboración, la comercialización y la utilización de los instrumentos, visando orientar en la confección de los documentos, a fin de que tengan, según Noronha et al. , (2002, p.

144), informaciones sobre la fundamentación teórica y la relación con la respectiva literatura científica adoptada en los procedimientos para la aplicación, la evaluación y la interpretación, así como con respecto a indicativos para los medios de obtención, y sean, con esas contribuciones, compuestos a una efectiva prestación de servicio a la sociedad, y que, además de esa innovadora iniciativa, otros autores vienen trabajando en investigaciones para la elaboración y la validación de instrumentos, en el intuito de verificar, identificar y promover la legitimidad estandarizada de los contenidos existentes y todavía en publicación, caso, por ejemplo, del estudio de Noronha; Freitas; Sartori; Ottati, (2002), que se propone a la pesquisa y al análisis de los manuales de pruebas psicológicas de personalidad, con respecto a las informaciones contenidas, reflexionando en qué medida son y están adecuados a la aplicación y la utilización.

La observación referente a los estudios realizados en la evaluación psicológica de la personalidad, es de cierta forma positiva, mismo con comprobaciones, como la de Alchieri e Scheffel, (2000), destacado por Noronha, (2002, p. 63), que identifica una producción científica mínima en Brasil, relativa a instrumentos psicológicos para este tema, ya que, de acuerdo con la pesquisa, los autores detectaron pocos artículos, que variaron de 1930 a 1999, o sea: hay escasez de publicaciones en aproximadamente 7 décadas, algo que no desprestigia el contexto actual de pesquisas, que parece estar en ascensión, gracias a esfuerzos que vienen siendo verificados en divergentes procedencias, pero con semejanzas en la ideología, que es la de fomentar el pensamiento de la evaluación psicológica. Como punto positivo con relación a los testes, la pesquisa de Noronha, (2002, p. 63) apunta, entre otros requisitos investigados, la obediencia, por la mayoría de los documentos, a las instrucciones de manuales, que define el progreso gradual de los pasos dados a la eficiencia metodológica de la evaluación.

Conforme se consigue percibir, a partir de las propias descripciones destacadas al largo de este tópico, mucho se ha hecho para la sofisticación de las metodologías de evaluación en psicología, en que, diferentes pesquisas, destinadas a las más diversas finalidades, son desarrolladas, ora para evaluar la calidad de los instrumentos, ora para analizar la validez de los contenidos, entre otras cuestiones, como resalta Noronha, (2002, p. 57), que está, incluso, insertada en estas

citaciones, además de otras que él refiere, y que, sin duda, representan alternativas relevantes y viables a las posibilidades y oportunidades diversificadas en un futuro repleto de complementos designados a esas actividades evaluativas. El interés por la constante y continua mejora de los procedimientos evaluativos de pruebas debe ser recurrente por parte de toda la comunidad de psicología, sea por profesionales, editoras y usuarios, no solamente a la validez de los materiales, pero que, por medio de tales conductas, haya la popularización del reconocimiento social, tanto como ciencia cuanto como profesión (Adams, 2000), in: (Noronha, 2002, p. 57).

Es importante señalar que, antes de adoptar la evaluación como una estrategia imprescindible al trabajo de la psicoterapia, los terapeutas deben buscar conocimiento e información en pesquisas, estudios y publicaciones, tanto de autores como de organizaciones, para, en primer lugar, se certificaren de la calidad de las pruebas cuanto a la real eficacia, ya que, conforme Anastasi & Urbina, (2000), referencia de Noronha et al. , (2002, p. 143), muchas de las tales herramientas son motivo de críticas por, justamente, no atendieren a las necesidades básicas, que, entre ellas, está el auxilio para el desempeño de la función terapéutica, para después, basaren los materiales de manera adecuada al manejo de los resultados (Noronha; Vendramini, 2003, pp. 177-178). A pesar de haber todavía problemas puntuales acerca de adaptaciones a la realidad brasileña, de acuerdo con Noronha et al. , (2002, p. 144), identificando algunos teóricos, tanto en la precariedad estadística como en traducciones descontextualizadas y ausentes de análisis previos con relación a valor científico de los documentos, en otro estudio del año posterior, Noronha et al. , (2003, pp. 177-178) resaltan la constante y continua preocupación, sea en Brasil sea en otros países, con la posibilidad de sistematización de las metodologías evaluativas, algo que tiende a ser un hecho progresivo, a la medida que se preparan análisis constructivos y productivos con relación a la práctica de la evaluación, herramienta esencial al desempeño funcional de los tratamientos terapéuticos, que necesita de contar, conforme el trabajo de Bartram, (1998), miembro del Comité Internacional de Testes, citación de Noronha; Vendramini, (2003, p. 178), con niveles de estandarización, para que haya el equilibrio entre libertad y responsabilidad, ante las acciones y la tarea ejecutadas en el acto de evaluar.

Noronha et al. , (2002, p. 144) , basados en otros estudios, mencionan que las técnicas psicométricas de pruebas son utilizadas en larga escala para la evaluación clínica de la personalidad, así como para el ámbito profesional de forma general, conforme investigación, también de Noronha, (2002, p. 57), citando diversos estudios para confirmación, debido a la utilidad práctica de los resultados, pues, a partir de esa metodología, hay la posibilidad de identificar y clasificar diferentes trazos característicos a través de cuestionarios generales y específicos, destinados y determinados a variados fines, permitiendo amplitud completa a la construcción de oportunidades en ese sentido. Noronha y colaboradores, (2002, p. 145) asocian la importancia de los inventarios de personalidad para evaluación terapéutica en los criterios de selección empírica, algo que tiende a ofrecer ventajas a los métodos, por cuenta de la agilidad en la inserción estadística de las colectas, facilidad promisor a los ajustes necesarios a la divergencia de los procesos.

Oliveira, (2000), exposición de Noronha et al., (2002, p. 145), discute sobre la relevancia de las pruebas de personalidad pesquisadas y empleadas en Brasil, enfatizando la idea de urgencia relativa a la contemplación de análisis vueltos a la validez de documentos, y no apenas a la actividad social y de la salud como ya se verifica, porque, aunque sean esenciales, es preciso también tener atención a la eficiencia de esos constructos, a fin de intensificar evidencias de satisfacción útil de tales desarrollos. Pasquali, (1999), citado por Noronha et al. , (2002, p. 145), afirma que la demanda brasileña de los instrumentos evaluativos es creciente, pero, según la misma idea, anticipada por otro estudio de Noronha, (2002, p. 63), está todavía enfocada en instrumentos extranjeros, donde las reflexiones se restringen, limitadas a traducciones, sin la preocupación efectiva con la real adaptación al contexto cultural brasileño, (Pasquali, 1999, p. 7), y por eso, se debe tener en vista, la evolución de los materiales, para que representen realmente un contenido verídico y apropiado a las necesidades, llegando a objetivos verdaderamente esperados por la realidad, carente de opciones válidas a tantos problemas de difícil solución.

El análisis de Noronha y Vendramini, (2003), durante toda la explicación, refuerza la evaluación psicológica como un auxilio conductor a la toma de decisiones por parte de los terapeutas, cuanto a las diversas perspectivas psicoterápicas, que requieren descubiertas y cambios, mejor identificados y verificados a través de ese



tipo de procedimiento, que, en conjunto con otras técnicas, contribuye para el perfeccionar de todos los parámetros equivalentes a la funcionalidad completa de la psicoterapia. Así, al optar por el proceso de evaluación como una de las alternativas estratégicas para la concretización de resultados y satisfacciones, los psicoterapeutas deben tener atención y conciencia a tres principales características cuanto a la intención, a la elaboración, a la aplicación e a la eficacia de los materiales, que son comprendidas, de acuerdo al estudio de Noronha y Vendramini, (2003), por la condición de estandarización, precisión y validez, que necesitan de estar en conformidad con la ética y lo grado de eficiencia y calidad, exigencias correspondientes a los manuales destinados a la categoría evaluativa.

Explícitos algunos conceptos e ideas de evaluación psicológica en personalidad, se sigue así, para la exposición de algunos métodos más utilizados para tal fin. Entre ellos, está el modelo de los cinco grandes factores, que es la descripción que tiene abajo el destaque.

### 1.3.2. LOS CINCO GRANDES FACTORES:

De acuerdo con la teoría de las disposiciones, que privilegia trazos individuales y colectivos, expuesta en el presente trabajo, hay la mención del empleo de los cinco grandes factores, donde son descritas, a partir de determinados adjetivos, algunas categorías, que, asociadas a cada persona, pretenden caracterizar y clasificar calidades correspondientes a las presuposiciones y proposiciones, buscando comprender matices presentes en los indicios, para la aplicación y la implicación de alternativas y resultados. Tal instrumento evaluativo no es un método aislado, contando con otras formulaciones para la adopción efectiva del material, conforme Hutz et al., (1998), en el estudio sobre los marcadores predominantes para la construcción de la herramienta.

Para Hutz et al., (1998), el primer factor, comúnmente relacionado con la extroversión y la introversión, tiene origen en las denominaciones de Tupes y Christal en 1961, y respeta condiciones del factor extroversión de la escala de

Eysenck de 1970 y del factor de actividad social del sistema de Ghilford. El segundo factor, en la concepción de Hutz et al., (1998), tiende a expresar el llamado nivel de socialización, término asignado por los autores, resaltando la nomenclatura a Lorr y Strack, (1993), en que es sometida a análisis, la forma social de coexistencia de los seres en la relación con el otro, destacando opciones de agradable y desagradable como dos extremos condicionados a la constitución elemental de la posibilidad, aunque, para algunos teóricos, las probabilidades no son capaces de precisar ciertas actitudes, pues son insuficientes por la ausencia de requisitos que las complementen (Ibid, 1998).

El tercer factor tiene, según Hutz et al., (1998), equivalencia con la conciencia humana relativa a escrúpulos, a la voluntad y a la realización, que están ligados a la responsabilidad, honestidad, irresponsabilidad y negligencia. Ya el cuarto factor, basado en el neuroticismo de la escala de Eysenck, presenta las representaciones de estabilidad e inestabilidad emocional contenidas y experimentadas en todos y por todos los individuos de manera general, y, por fin, hay el quinto factor, que comprende todo el intelecto, pasando por la inteligencia, capacidad intelectual, intereses y abertura a nuevas experiencias, con atención al pensamiento, a la imaginación y a la fantasía (Ibid, 1998).

El instrumento de evaluación de los cinco grandes factores es fruto de pesquisas iniciales a partir del lenguaje natural de descriptores de la personalidad, que, a pesar de tener utilización metódica relativamente reciente, Hutz et al., (1998) revelan, por medio de citas de otros teóricos, que, desde la década de 1930, vino siendo previamente anunciado, ya en el momento en que McDougal sugiere cinco estadios independientes de la personalidad para la época, que eran: intelecto, carácter, temperamento, disposición y humor, que, de cierta forma, ejercieron influencia en los trabajos posteriores de Allport y Odbert, y más tarde, en las colaboraciones de Cattell de los años 40, que dieron soporte a la fundamentación actual de los CGF. El estudio de Hutz y colaboradores, (1998), hace evidencia de que las investigaciones de Cattell, estructuradas en análisis obtenidos de cuestionarios, entrevistas y evaluaciones en pares, fueron ejemplos seguidos durante largo tiempo, pero también demuestra, con referencias, que la complejidad de las elaboraciones tornaba inviables muchas situaciones de uso, algo que dio

margen a duras críticas, sin embargo, dejaron de servir como modelos a nuevos conceptos.

En el final de 1950, Tupes y Christal desarrollaron en conjunto una solución de cinco factores, cuya producción tuvo enfoque en ideas de Cattell y en el trabajo también compuesto por cinco factores, ya postulado de Fiske, (1949), pero, Hutz et al., (1998), afirman, reforzados por diferentes confirmaciones, que el análisis permaneció desconocido durante cerca de 20 años. Hutz et al., (1998), enfatizan el desconocimiento a las pesquisas de Tupes y Christal, bien como la ausencia de evolución en los estudios destinados a la evaluación de la personalidad, gracias a fenómenos teóricos ocurridos durante la década de 70, que asignaba descrédito a las investigaciones defensoras de los trazos de personalidad, algo que sería retomado en el fin de la misma década, conforme Hutz & Bandeira, (1994), In: Ibid, (1998), debido a la reversión nuevamente pautada en evaluaciones psicológicas, hipótesis que hubo sido temporariamente descartado, por cuenta de la problemática interesada en el área comportamental.

Hutz et al., (1998), basados en algunos otros estudios, observan que el modelo del CGF no es una creación fundamentada en teorías, y sí, generada a partir de innovaciones empíricas, hecho que no reduce ni invalida los procedimientos, que están, por ese motivo, siempre en constante renovación. Hutz et al., (1998) argumentan, mencionando diversos investigadores, que la relevancia de los cinco grandes factores se debe al carácter lexical y lingüístico de los contenidos, que permite codificar los resultados esperados y obtenidos por medio del lenguaje, predominante en todas las culturas, que tienen el adjetivo como parte significativa del contexto social y comunicativo de las interacciones.

Así como los cinco grandes factores son fruto de evidencias empíricas de constructos antecesores, la confirmación de Hutz et al., (1998) de que el método sería referencial para nuevas teorías, gana consistencia con inventarios posteriores, destinados a replicar y a reducir cuestionarios, pesquisas basadas en la contribución descriptiva de la metodología, que es significativa y útil para la clasificación de variados contextos de la personalidad. En el caso de la reducción, hay estudios favorables y desfavorables ante la constatación de validez, pero, el cierto es que, el

modelo de los CGF se propaga por todo el mundo, siendo difundido y utilizado en Brasil, por diversos autores, cooperadores para pesquisas satisfactorias en el campo de la evaluación de la personalidad.

La pesquisa de Hutz et al., (1998) concluye, destacando varias referencias, que el modelo de los cinco grandes factores, a pesar de ser considerado eficaz y eficiente para la conducción de estrategias evaluativas, posee limitaciones cuanto al alcance de metas, que precisan concomitantemente, atendieren requisitos como: utilización universal entre sociedades y culturas, diferencias individuales y unicidades, que no son contempladas de forma satisfactoria, pudiendo perjudicar, por ejemplo, diagnósticos clínicos. Así, la cuestión suscitada por Hutz et al., (1998), apunta, a través de reflexiones, para la aplicación conjunta de variados métodos, pues, resaltado por los autores, *Ibid*, (1998), metodologías aisladas no garantizan la confiabilidad de los fines deseados.

## 2. CAPÍTULO II. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

A partir de esta sesión, hay definiciones generales de los trastornos de personalidad, las tres especificaciones que son divididas en grupos A, B y C, de acuerdo con determinadas similitudes, y subdivididas por categorías de diferentes nomenclaturas, siendo clasificadas conforme será verificado abajo, luego después de las definiciones generales de los trastornos. En seguida, se describe el difícil diagnóstico de los trastornos y algunas ocurrencias que lo cercan, antes, durante y después de la ruta, para sintetizar, en el próximo paso, aclaraciones sobre el tratamiento.

### 2.1. DEFINICIÓN GENERAL DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

La noción de personalidad, tanto en el aspecto saludable cuanto en el patológico, para Carvalho et al., (2014, pp. 148-149), está relacionada con la idea de

ajuste interno y externo, desarrollada y manifestada de acuerdo a los medios elegidos y disponibles en actividades y acciones de cada persona, referentes a la autonomía ante la eficacia de competencias, del sentido subjetivo de satisfacción y de las habilidades usadas a favor de potencialidades, a fin de proporcionar adecuaciones a la efectiva interacción social. Carvalho, Sette, Capitão y Primi, (2014, p. 149) exponiendo Millon y otros teóricos, afirman que, en el caso de una organización patológica, que puede ser clasificada por los trastornos, hay fenómenos de diferentes órdenes, que, desconectados de las propiedades correspondientes al sistema de normalidad, perjudican las condiciones generales y específicas de la total permanencia individual en ambientes colectivos.

Sadi, (2011, p. 1) esclarece que los diagnósticos de los trastornos de personalidad aparecen descritos efectivamente en la década de 1980 en los manuales de clasificación del DSM-IV, y son definidos como comportamientos de desvíos acentuados en dos o más áreas de la cognición, de la afectividad, de las relaciones interpersonales y de la falta de control de los impulsos, representando características persistentes e inflexibles, patrones desintegrados de las expectativas culturales, que, por ese motivo, contrarían la participación social del individuo en variadas situaciones y condiciones, perjudicando la vivencia y la convivencia, algo que provoca sufrimiento clínico al paciente, y, como consecuencia, a los otros (APA, 2002, p. 642), in: Sadi, (2011, pp. 1-2). Los trastornos de personalidad son y están clasificados e identificados separadamente de otras patologías, como depresión, ansiedad, alteraciones de humor y alimentares, entre muchas disfunciones, a pesar de no ser, en momentos iniciales de búsqueda de ayuda, detectados por los profesionales de salud mental, por cuenta de las semejanzas contenidas en diversos tipos de comorbilidades, que, aunque realmente presentes, son partes correspondientes a los trastornos de personalidad, verificados posteriormente por recurrencias y prevalencias sintomáticas significativas (Sadi, 2011, pp. 2-3).

Mazer; Macedo; Juruena, (2016) también definen los trastornos de personalidad como desvíos relativos a sensaciones, emociones, pensamientos y comportamiento, entre otras características presentadas en situaciones, ideas, condición y estado, que se manifiestan en variados contextos, en que, a pesar de ser visiblemente anormales, son vistos por el individuo como expresiones normales

del cotidiano, causando sufrimiento y perjuicios al otro y al propio portador, por cuenta de las frecuentes incidencias y de las consecuencias generadas por la ocurrencia y recurrencia de tales factores. Los TP, según Mazer; Macedo; Juruena, (2016) & Sadi, (2011, p. 3), suelen aparecer durante la adolescencia o en el inicio de la fase adulta y, cuando no identificados, pueden implicar problemas graves y serios, llevando, incluso, a la muerte.

Mazer; Macedo; Juruena, (2016) resaltan que los disturbios relacionados con la personalidad son estudiados desde hace tiempo, con las teorías del humor de Hipócrates, citadas en el capítulo anterior de este trabajo, pero, es alrededor de la década de 80 que ellos han sido reconocidos y separados de los otros problemas de orden mental. Las organizaciones responsables por las enfermedades psíquicas han desempeñado un papel importante en la difusión de los TP, con el objetivo de incentivar nuevas pesquisas en la temática, que se hace posible un mayor enfoque a los diagnósticos y a los procedimientos de tratamiento (Mazer; Macedo; Juruena, 2016).

De un modo bastante preciso, Mazer; Macedo; Juruena, (2016) exponen los diez trastornos de personalidad, más comúnmente predominantes en la humanidad, respetando ciertas similitudes, que los divide en tres grupos específicos: el grupo A, constituido de paranoicos, esquizoides y esquizotípicos, que representan una categoría de personas excéntricas con actitudes y comportamientos extraños, grupo B, antisociales, histriónicos, narcisistas y límite, que, en general, son muy emocional y dramáticos, y el grupo C, en que están los evitativos, dependientes y obsesivo-compulsivos, que tienen por característica el miedo y la ansiedad. Mazer; Macedo; Juruena; (2016) indican que todavía hay otros tipos de trastornos, pero que, por no estar bien definidos, no son especificados en grupos o categorías.

El estudio de Carvalho et al., (2014, p. 149), con refuerzos de Millon y demás investigadores, revelan que la teoría de Millon propone, para la nomenclatura de los desórdenes, una exposición más completa, componiendo entre los tipos ya citados, otros desvíos, a saber: depresivo, sádico, masoquista y negativista. Millon, (2011), referido por Carvalho et al., (2014, p. 149), en versión actualizada de la proposición, explicita también el hipomaniaco, pero, como resaltado a cima, a pesar de ser

evidenciados, los nuevos contenidos no están categorizados, por eso, hasta el momento, no son aquí presentados.

Mazer; Macedo; Juruena, (2016) observan que los trastornos de la personalidad ocurren por variados factores en conjunto, que, asociados a características genéticas y al ambiente, de alguna forma, o por experiencias traumáticas durante la infancia, o por algún otro motivo, actúan negativamente en el procesamiento de la afectividad, de la memoria y de diversas funciones del sistema psicobiológico, que comprometen la identidad y las relaciones interpersonales, por medio de acciones, actitudes, emociones, pensamientos, ideas y comportamiento, haciendo del individuo un ser inapropiado a la cultura a que pertenece. De ese modo, Mazer; Macedo; Juruena, (2016) aclaran que:

Los desvíos no suceden a través de hechos aislados, y sí, por una secuencia de causas, que van, con el transcurrir del tiempo, acumulando consecuencias generadoras de especificidades que culminan así, en los trastornos”.

Para mejor comprensión de cada especificidad de los trastornos de personalidad, se hace necesario una descripción general de algunas características que los componen, según los respectivos nombres. Antes de proseguir, vale resaltar que no hay una regla de condiciones o estados que determina exactamente cada una de las modalidades, pero, algunas pistas pueden indicar el camino a una clasificación más adecuada y precisa, aunque sea posible encontrar aspectos diferentes de un trastorno en otros tipos de problemas, que significa que todo en esa perspectiva es complejo y requiere dedicación y conocimiento sobre todas las manifestaciones que implican cada situación individual, para evitar interpretaciones rodeadas de confusiones e incertidumbres.

## 2.2. GRUPO A:

### 2.2.1. Trastorno de personalidad PARANOICA:

De acuerdo con Mazer; Macedo; Juruena, 2016:

El trastorno de personalidad paranoica afecta básicamente la interpretación de la persona con relación a las actitudes y las intenciones del otro para él, asignando desconfianza a todos los actos a ella direccionados, sospechando de comportamientos y juzgando cada acción como agresión y persecución a su auto imagen. La incredulidad y la falta de confianza injustificadas producen sentimientos de enojo, causando reacciones frecuentes de contra ataque para una defensa imaginaria de supuestos ataques.

### 2.2.2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE:

Según Mazer; Macedo; Juruena, 2016:

Los portadores del síndrome actúan con indiferencia y frialdad a las acciones del otro, demostrando insensibilidad a todo el tipo de situación. Prefieren el aislamiento, evitan relaciones íntimas, se alejan del contacto social, no tienen placer ni se interesan por la práctica de ninguna actividad y mantienen distancia de emociones que revelan afecto.

### 2.2.3. TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICO:

De acuerdo con Mazer; Macedo; Juruena, 2016:

Los esquizotípicos tienden a presentar un comportamiento inapropiado al patrón cultural y social de las normas, con manifestaciones de pensamientos e ideas desconectadas de la realidad, que se expresan por medio de imágenes ilusorias e imaginación basada en la fantasía. Sospechan de todos alrededor, están expuestos a situaciones de delirio y alucinación, y, por ser y actuaren de forma peculiar y rara de los demás miembros de la sociedad, son considerados por todos, como excéntricos.

## 2.3. GRUPO B:

### 2.3.1. TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL:

Según Mazer; Macedo; Juruena, 2016:

Es compuesto por personas que presentan un comportamiento recurrente de falta de respeto y violación a reglas y normas de ética y de moralidad, poniendo en riesgo la propia seguridad y la seguridad del otro, algo que culmina en el impedimento a la coexistencia normal en sociedad. Son



propensos a la mentira y engañan para obtener ventajas personales o por el placer del acto, sin remordimiento o peso en la consciencia ante el sufrimiento del otro, siempre indiferentes a los errores y a los crímenes cometidos.

### 2.3.2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE:

De acuerdo con Mazer; Macedo; Juruena, 2016:

Caracterizados como esencialmente inestables en sentimientos, pensamientos, comportamiento, acciones y en relacionamientos interpersonales, los pacientes con TPB experimentan un miedo constante y continuo de abandono, que, real o imaginario, perturba componentes significativos de la autoimagen y de la imagen del otro, que son a todo momento alterados y se alternan para estados de idealización y devaluación. La inestabilidad que los representa genera constantes crisis de impulsividad, causados o no por ideas paranoicas transitorias, que acentúan las situaciones de enojo e irritación, que puede, en caso de falta de control, causar sufrimiento al otro o a él mismo, inducir a la amenaza o al intento de suicidio, actos que tienden a la deconstrucción de su propia identidad, llevando el individuo a iniciativas claras de automutilación, promiscuidad sexual y abuso de sustancias psicoactivas, consecuencias evidenciadas para ablandar culpas, llenar el vacío crónico que les afecta, con la justificación de que la acción les proporciona alivio, que pronto se transforma nuevamente en el vacío no deseado.

### 2.3.3. TRASTORNO DE PERSONALIDAD HISTRIÓNICO:

Según Mazer; Macedo; Juruena, 2016:

Precisan siempre ser el centro y estar en el centro de las atenciones, si utilizando, muchas veces, para eso, de artificios como los de la seducción y de la sensualidad, con la finalidad de provocaren el objetivo deseado, que es la atención. Buscan expresarse a través de la emocionalidad para lograr objetivos, con discursos e ideas extremadamente impresionistas, teatrales y dramáticas, pero que, son fácilmente influenciados por el otro, además de asignar intimidad excesiva a todos los relacionamientos interpersonales.

### 2.3.4. TRASTORNO DE PERSONALIDAD NARCISISTA:

De acuerdo con Mazer; Macedo; Juruena, 2016:

Vanidosos, y con actitudes de arrogancia y prepotencia, los denominados narcisistas creen ser únicos y exclusivos en el mundo, aumentando en el nivel máximo virtudes y calidades, (las que tienen y las que juzgan tener), para buscaren, incesantemente, la admiración y el reconocimiento de las personas por todas las acciones ejecutadas, a fin de alimentaren la idea de grandeza que precisa estar siempre en evidencia, tanto a través de los excesos de autoafirmación por medio de discursos y actos gloriosos, cuanto por la alabanza que pretenden conquistar y que conquistan. Envidiosos y avaros, también suelen tener envidia de aquellos que a ellos les parece ser o tener más de que ellos son o tienen, y sienten molestia cuando perciben que no han sido vistos del modo que se les ven o quieren ser vistos, estableciendo objetivos de exploración y egoísmo en los relacionamientos interpersonales, para que las expectativas egocéntricas esperadas sean siempre alcanzadas.

## 2.4. GRUPO C:

### 2.4.1. TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE:

Según Mazer; Macedo; Juruena, 2016:

Previamente resumidos por la propia denominación del trastorno, los dependientes no consiguen pensar, actuar y realizar sin aprobación o intervención del otro, que precisa, muchas veces, de asumir las responsabilidades de los individuos, que no se sienten capaces de cumplir con obligaciones, entregando la propia vida en la mano de terceros. No toman decisiones por ellos mismos, necesitando siempre de la opinión de otras personas para iniciativas, no por la falta de motivación y coraje, pero por la ausencia de autoconfianza y presencia de inseguridades, que demandan cuidados y consejos constantes del próximo, que, ni siquiera puede dejarlos solos, ya que experimentan sensación de malestar e incapacidad ante indicios de soledad.

### 2.4.2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIVO:

De acuerdo con Mazer; Macedo; Juruena, 2016:

Son considerados con el trastorno de personalidad esquivo aquellos que sienten insuficiencia social en todos los ambientes, por sentir que, justamente, ellos mismos son los insuficientes socialmente, presentando, por ese motivo, dificultad de mantener relaciones interpersonales y de pertenecer a grupos, debido a un miedo constante de rechazo y desaprobación por parte del otro. Tienen baja autoestima, con una idea fija de inferioridad de sí propio, algo que les impide a exposiciones públicas, y al

contacto frecuente con muchas personas, que es reflejo de una inseguridad excesiva, resultado del temor de una posible lástima o crítica destructiva de la autoimagen o de la conducta.

#### 2.4.3. TRASTORNO DE PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVO:

Según Mazer; Macedo; Juruena, 2016:

En ese grupo están dispuestos los excesivamente organizados y perfeccionistas que pierden objetivos y calidad, con la demasiada preocupación en organización y perfección, que perjudica las relaciones interpersonales y todo el trabajo a realizarse, por cuenta de la elaboración de detalles innecesarios a la concretización de tareas. El orden y las reglas son siempre el foco, exageran con relación a valores éticos y morales, guardan varios objetos inútiles alegando futura necesidad, economizan incluso el básico con la justificación de regular gastos inconvenientes, y someten a todas las personas a su forma de ver las cosas, que desestabiliza todo el tipo de relacionamiento interpersonal.

A pesar de no haber marcadores capaces de predecir relaciones equivalentes entre género y trastorno de personalidad, Sadi, (2011, p. 3) evidencia que determinadas patologías, como es el caso de los disturbios antisociales, son más comúnmente asociados a los hombres, mientras los borderline, dependiente e histriónico están relacionados con las mujeres, pero, reforzado por APA, (2002), en Sadi, (2011, p. 3), tales datos son apenas estimativas, no pudiendo ser adoptados como regla condicional. Tanto hombres como mujeres pueden venir a presentar características variadas de personalidad, y, aunque no haya previsiones específicas a la correspondencia entre género y TP, hay muchos estudios dedicados a la cuestión, además de ciertos tipos de comportamiento poseer marcas expresivas, que suelen ser más identificadas de acuerdo a pretensiones y objetivos, que dependen ora de hombre ora de mujer, mientras tanto, las predisposiciones no deben ser evaluadas solamente cuanto al sexo, pues son representaciones mucho generales para la detección de los problemas.

Las características mencionadas arriba constatan evidencias de que los trastornos necesitan de mucha información a respeto, ya que los propios portadores no consiguen detectarlos de inmediato. Cabe así, a los profesionales de salud mental, la capacitación y la sensibilidad en la prestación de auxilio a ese público, que

exige preparación y exactitud en los períodos de crisis y/o ante la búsqueda para sanar dificultades puntuales de los pacientes, momento en que se espera el diagnóstico, tan difícil y conturbado, según afirmaciones posteriores.

## 2.5. EL DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS: UN ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA:

Mazer; Macedo; Juruena, (2016) afirman que los problemas de personalidad son considerados por psiquiatras y psicólogos como los de mayor complejidad para la detección del diagnóstico, por el hecho de ser agregados a otras comorbilidades, como la depresión y la ansiedad, además de inducir, a partir de las varias disfunciones que poseen, al uso y abuso de sustancias psicoactivas, algo que tiende a impedir evaluaciones más específicas de los cuadros, que son, generalmente, atendidos, solamente en los momentos de crisis. Los pacientes con TP suelen ser resistentes cuanto a la busca por ayuda psiquiátrica y psicológica, una falta de iniciativa que se debe a la propia naturaleza de los disturbios, en que la visión de mundo de los individuos está limitada en muchos aspectos, que a ellos no les permite identificar que sufren de una patología de personalidad, y, como resultado, es común la insistencia de que todo es normal y que hace parte de la esencia, que no los expone a la molestia ante el estado, buscando auxilio en los servicios de urgencia de la salud, apenas en períodos críticos y de emergencia (Mazer; Macedo; Juruena, 2016).

La afirmación de Davison, (2002), referenciada por Sadi, (2011, p. 3), corresponde a las proposiciones de Mazer et al, (2016) expuestas arriba, cuando identifica en pesquisas de diagnósticos de trastornos de personalidad, incidencias de estadísticas evidentes de que, muchos de los pacientes frecuentes en servicios de urgencia y emergencia de salud mental, así como los internados en ambulatorios psiquiátricos, llenan criterios relativos a las disfunciones de personalidad, aunque no sean tratados de acuerdo a tales indicativos. En virtud de las altas tasas de suicidio y

de muertes accidentales, especialmente sujetas a los casos borderline y antisocial, confirmación explícita en Dowson & Grounds, (1995), descripción de Sadi, (2011, p. 3):

La salud pública tiene papel importante en el servicio a ese público, que, por cuenta de las frecuentes crisis, puede perjudicar a él mismo y al otro, actitudes de comportamiento que deben ser combatidas, aunque en carácter de emergencia, a fin de evitar posibles daños irreversibles.

Mazer; Macedo; Juruena, (2016) enfatizan que:

Los servicios de urgencia de la salud no son responsables ni están aptos al diagnóstico preciso de los pacientes que apenas buscan alivio de síntomas, porque el objetivo es, justamente, estabilizar condiciones graves y atenuar situaciones de riesgo.

Lo que puede ser hecho en caso de ocurrencias recurrentes es una derivación médica a especialistas para profundización y análisis de los sufrimientos, que es recomendable, a partir de las pesquisas de Mazer; Macedo; Juruena, (2016), solamente cuando es restablecido el equilibrio de las crisis, de modo que la persona consiga coordinar las ideas, o aún, a través de la intervención de un informante que coexiste con el individuo y observa la conducta cotidiana, siendo capaz de proveer contenidos valiosos para la identificación de un posible diagnóstico.

La dificultad de diagnóstico de los trastornos de personalidad, ya enfatizada aquí, debido a la complejidad de los cuadros, es temática proveniente de diversos análisis, que tienen por objetivo la detección precoz de los disturbios, a fin de viabilizar medidas consistentes para la prevención y el combate de factores persistentes y perjudiciales, evitando así, confusiones acerca de resultados insatisfactorios, inconvenientes ante la iniciativa del paciente a la tomada de decisión en procurar auxilio delante de los sufrimientos, acciones tendenciosas a la obtención de gravedad y avanza a los incómodos, verificadas, muchas veces, o por la inadecuación de los servicios prestados, o por el abandono del tratamiento, consecuencia predictiva de secuencias de intentos frustradas y frustrantes de sanar los problemas, aunque en determinada ocasión ya cuente con un diagnóstico correcto. En el sentido de proporcionar más precisión a los diagnósticos, pesquisas fueron, son y vienen siendo aliadas de los profesionales de salud mental, que deben tener atención cuanto a la validación y la validez de las fuentes utilizadas para análisis, y, en caso de constataciones positivas y confiables, se sirvieren de métodos, teorías, manuales, documentos, sistemas clasificatorios y de todo el tipo

de metodologías a la disposición de la identificación diagnóstica, necesaria y urgente de adopciones y exactitudes ágiles y hábiles a procedimientos eficaces y eficientes, con la finalidad de garantizar éxitos a plazos más cortos.

Los sistemas clasificatorios para los diagnósticos de los trastornos de personalidad son opciones bastante consultadas y empleadas por psicólogos y psiquiatras de variadas vertientes, tanto por la practicidad y efectividad de informaciones sobre características correspondientes a cada desorden, cuanto por la relevancia válida entre contenidos y contextos, aunque, según Sadi, (2011, pp. 4-6), citando otros teóricos, incluso los de inclinación behaviorista radical, hay controversias y rechazos a la aplicación de tales constructos, pues para estos estudiosos, los manuales son restrictos y no dan cuenta de clasificar realmente los problemas de orden mental, ya que, para eso, se debe disponer de composiciones más completas a las cuestiones que envuelven cada individualidad, y, solamente así, como defienden, es posible diagnosticar a partir de certezas más plausibles las incomodidades descritas y relatadas por los pacientes. Sadi, (2011, p. 6) no descarta la utilización de los sistemas clasificatorios para consulta a posibilidades de diagnósticos de trastornos de personalidad, insertándolos en varios contextos favorables a la promoción de información inmediata por parte de los documentos, que, en el primer momento, ayuda en la percepción y en la observación profesional con respeto a las quejas reveladas por los pacientes, a pesar de resaltar, partiendo de innumerables estudios, que los manuales deben apenas servir de base a un entendimiento inicial de los casos, que no pueden ser o estar condicionados a las informaciones allí contenidas, porque, para asegurar un diagnóstico, es indispensable e imprescindible el uso de diferentes estrategias, que sean criterios determinantes de análisis minuciosos equivalentes a cada individuo.

Según Carvalho; Bartholomeu; Da Silva, (2010):

Ya hay muchos instrumentos eficaces para la evaluación de los trastornos de personalidad, pero en Brasil, a pesar de ser usado muchos métodos como pruebas y entrevistas para el diagnóstico clínico de los pacientes, los procedimientos de investigación aún son escasos y ausentes de atención por parte de los órganos de salud mental, que precisan de ampliar análisis, pesquisas y formación, para que los profesionales de este campo puedan trabajar con probabilidades más positivas, de modo que el paciente sienta seguridad cuanto a la detección del problema y cuanto a las posibilidades adoptadas en el tratamiento.

Carvalho; Bartholomeu; Da Silva (2010) advierten para pérdidas que surgen de la dificultad y de la falta de precisión delante de los descubrimientos patológicos de personalidad, porque tal incapacidad compromete todo el cuadro correspondiente al grupo, sea por la sociedad que presenta los síndromes, sea por el equipo de apoyo psicológico y psiquiátrico, que se expone constantemente a diferentes disturbios de orden mental y psíquica.

Carvalho; Bartholomeu; Da Silva, (2010) muestran evidencias de que, en territorio brasileño, las pruebas que son y están más accesibles para evaluar trastornos de personalidad, son, justamente, las referentes a los denominados antisociales. Los autores levantan la hipótesis de que tal ocurrencia se debe al hecho de que el cuadro representa graves consecuencias al portador y a la sociedad; De ahí la necesidad para resolver con estrategias innovadoras, con el objetivo de intensificar la urgencia de los diagnósticos, disminuyendo así, las oportunidades de incidencias catastróficas y desastrosas, derivadas de crímenes.

Otro dato revelado por Carvalho; Bartholomeu; Da Silva, (2010) es que, en Brasil, el proceso de evaluación es, básicamente, traído y adaptado de métodos internacionales, que consisten en priorizar las características generales de la personalidad, que no garantiza la validez real de las patologías. Así que, lo que ocurre, según Carvalho; Bartholomeu; Da Silva, (2010), es que los diagnósticos se proporcionan según previsiones empíricas, y que, para eso, es indispensable la obtención de conocimientos previos de los profesionales sobre los incontables trastornos de personalidad existentes, para así, ablandar confusiones y facilitar la inserción correcta a la modalidad adecuada.

A partir de las incertidumbres y de las alternativas de fundamentación de los trastornos de personalidad, vale resaltar el tratamiento indispensable a la estabilidad, al control y a la calidad de vida de todos los que sufren con tales desvíos. Sigue, en esa línea, detalles sobre los principales procedimientos de tratamiento, siendo ellos: el terapéutico y el psiquiátrico.

## 2.6. EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

Mazer; Macedo; Juruena, (2016) describen los tratamientos de los trastornos de personalidad como esencialmente realizados, en primer lugar, por la psicoterapia, por el procedimiento psiquiátrico con farmacológicos y, si posible, con la terapia de grupo, para el acompañamiento de apoyo, tanto para el paciente cuanto para los familiares. Es importante, según Mazer; Macedo; Juruena, (2016):

Sintonía y armonía entre todos los profesionales, la familia y el propio paciente para la total adhesión al tratamiento, con el fin de garantizar la eficacia de las metodologías adoptadas durante el proceso psicoterapéutico y psiquiátrico.

Otra condición fundamental para la efectuación adecuada del tratamiento del paciente con TP es el establecimiento real de una alianza entre médicos, psicólogos y el portador de los trastornos, medida que valida, conforme Mazer; Macedo; Juruena, (2016) los problemas y los resultados, tornando los propósitos posibles soluciones y ajustes a síntomas y perjuicios. La postura activa por parte de profesionales y pacientes también es resaltada en Mazer; Macedo; Juruena, (2016), como punto preponderante de los métodos utilizados, ya que la falta de compromiso con estrategias de ambas las partes implica en el retroceso de conquistas atingidas y en el fracaso de éxitos todavía no alcanzados.

La necesidad de auxilio debe ser siempre enfatizada al individuo que posee los desórdenes de la personalidad a través del grupo de servicio, pues, a partir de confirmación de Mazer; Macedo; Juruena, (2016), pocos progresos y desarmonía en la relación interpersonal con los participantes de la intervención terapéutica y psiquiátrica pueden generar, como consecuencia, el abandono y el retiro de los portadores a los procedimientos, que significa insatisfacción para todos los componentes por iniciativas imprescindibles a la concretización de una nueva calidad de vida. Además del constante destaque reforzador ante la necesidad del tratamiento, las consultas precisan de ser alineadas por medio de reglas de agendamiento regular propuesto por terapeutas y psiquiatras, aliadas a una rutina de empatía con el portador de TP, a fin de evitar incidencias desfavorables a los objetivos ansiados, por cuanto, de acuerdo con afirmación de Mazer; Macedo;



Juruena, (2016), “cualquier incomodidad durante el período de las sesiones puede representar condiciones irreversibles a muchas situaciones, algo que impide el cambio de realidades ya tan perjudicadas”.

Mazer; Macedo; Juruena, (2016) alertan, con relación al uso de medicinas, que, a pesar de ser indispensable, él debe ser restricto básicamente a las comorbilidades que se presentan juntamente con el trastorno, o por cuenta del propio trastorno, con la intención de estabilizar y controlar disfunciones, porque el TP por si propio, es alterado con la intervención terapéutica, no siendo, por lo tanto, recomendado, ningún farmacológico específico para tratar problemas de personalidad. El diálogo entre psicólogo y psiquiatra es extremadamente relevante para la opción más conveniente a cada caso, y propuesto por Mazer; Macedo; Juruena, (2016), el procedimiento debe ser adoptado con cautela, para no provocar abuso, dependencia y mismo el suicidio relacionado al supuesto beneficio.

Los trastornos de personalidad necesitan de conocimiento y reconocimiento por parte de todo el área de la salud mental, que debe estimular continuamente a los miembros de las equipos médicas y psicológicas, desde el proceso inicial de formación, para que los sufrimientos de tal orden sean diagnosticados y tratados de forma adecuada, propiciando a los portadores de los diversos síndromes, un análisis seguro a respeto de que poseen, y metodologías específicas para cada individualidad con ofertas claras y acertadas para la obtención de resultados animadores y, quizá, definitivos (Mazer; Macedo; Juruena, 2016). En general, Mazer; Macedo; Juruena, (2016), refuerzan la preocupación urgente y emergente acerca de los variados trastornos que componen la personalidad, a fin de que sean pesquisados, reflejados y discutidos, evitando así, que permanezcan aislados entre otras enfermedades mentales.

Expuestos los trastornos, hay, posteriormente, la especificidad inicial del trabajo, que se trata de definir el trastorno de personalidad borderline, que es el tema principal de la pesquisa. A partir de las próximas líneas, hay el capítulo III, referente al borderline.

## CAPÍTULO III. Trastorno de personalidad borderline:

### 3.1. EL SURGIMIENTO DEL TÉRMINO BORDERLINE:

Mientras el psicoanálisis de Freud desarrollaba métodos diferentes para disturbios neuróticos y psicóticos, la psiquiatría, ya en 1905, con Kraepelin, psiquiatra alemán, fundador de las bases de la psiquiatría moderna, mencionaba los límites existentes entre neurosis y psicosis (De Sousa; Vandenberghe, 2005), citando (Mack, 1975; Millon, 1981), (De Sousa; Vandenberghe, 2005). Autores como: (Pfeiffer, 1974; Mack, 1975 y Millon, 1981), citados por (De Sousa; Vandenberghe, 2005) & Sadi, (2011, p. 7), afirman el psicoanalista Adolf Stern como el primer teórico a mencionar e identificar el nombre Borderline en estudios del psicoanálisis, en 1938, en un artículo en que había descrito los estados limítrofes de pacientes que no se habían encajado entre neuróticos ni en psicóticos, pero que se presentaban en un cuadro de personalidad emocionalmente inestable en relaciones interpersonales y cuanto a la propia identidad que, a pesar de representar un desvío, no se insertaba en los disturbios considerados neuróticos o psicóticos, y que por eso, no se adaptaban a los tratamientos clásicos destinados a las psicosis y las neurosis, (Sadi, 2011, p. 7), siendo denominados así, como puntos fronterizos entre un género y el otro (Pereira, [S.I.] & (Sadi, 2011, p. 7).

De Sousa; Vandenbergue, 2005 resaltan que:

El inicio de las formulaciones Borderline del psicoanálisis tuvieron como base las pesquisas de Melanie Klein, partiendo de la idea de relación entre objeto y del concepto de bueno y malo asignados a un mismo ser, establecido por la autora, como fantasías inconscientes, presentes tanto en la fase de la infancia cuanto en la época adulta.

Según la teoría Kleiniana, (Pereira, 2007):

Desde los primeros meses de vida, ya hay sentimientos de angustia y ansiedad probados por la manifestación de amor y odio a algo y a alguien que gratifica y, al mismo tiempo, frustra, explicación provechosa a la abertura del camino al Borderline.

A partir del artículo de Stern (Pereira, [S.I.]), varios autores demostraron preocupación acerca del Trastorno Borderline, incluso, para innovarlo y organizarlo,

caso, por ejemplo, de Otto Kernberg (De Sousa; Vandenberghe, 2005), (Vidal; Lowenkron, 2010), que define la organización del paciente TPB, por medio de estrategias que lo clasifican como un individuo con ego infantil y dependiente, cuyo desarrollo interno se relaciona a personas significativas e importantes, que moldean el comportamiento interno y externo, perjudicando la propia identidad y la postura en las relaciones interpersonales, cuando hay fallas en la ocurrencia del proceso de las memorias afectivas (Kernberg, 1967), citado por (De Sousa; Vandenbergue, 2005).

De acuerdo con (Kernberg, 1967), apud (De Sousa; Vandenberghe, 2005):

El miedo constante del abandono, de la soledad y del rechazo, así como la inseguridad frecuente, están íntimamente ligados a estímulos negativos, a veces con inicio en la niñez, que desestabilizan estados emocionales, lo que puede producir un supuesto alejamiento del contacto con la realidad, y la permanencia en el mundo de la fantasía.

De acuerdo con (De Sousa; Vandenberghe, 2005), además de contribuir con el enriquecimiento de nuevos paradigmas para la formulación del Borderline, la propuesta de Kernberg intenta superar la amenaza a la extinción del psicoanálisis, que había sido segregada por la psiquiatría, que le atribuía críticas, que se debían al hecho de considerarla lenta y de alto costo. A la procura de explicaciones para el deterioro de la identidad propia, para las relaciones sociales perturbadas, y para la distancia del real, como presencias correspondientes a los pacientes con el Trastorno Borderline, bien como, al enfatizar la transferencia en la alianza terapéutica (Vidal; Lowenkron, 2010), se afirma, a partir de citación en: (De Sousa; Vandenberghe, 2005) que Kernberg ha expuesto la vieja rigidez del psicoanálisis a una popularización, que le habría de tornarla más eficiente y más eficaz.

Theodore Millon, otro teórico importante de la psicología que actuaba largamente en estudios sobre la personalidad y las patologías que representan los disturbios (De Sousa; Vandenberghe, 2005), (Carvalho, 2011), influenció definiciones, a fin de proveer aclaraciones para las clasificaciones de los trastornos de personalidad, cuando al describirlos no DSM-III da APA, modificándolo a lo que era, hasta entonces, sin teoría e indefinido (De Sousa; Vandenberghe, 2005), (Carvalho, 2011). El nuevo concepto extendió los formatos terapéuticos y el

perfeccionar de los conocimientos acerca de la personalidad y de las patologías, pues Millon defendía que la personalidad se caracterizaba por medio de un conjunto de fenómenos que, van desde los aspectos biológicos hasta los factores externos, responsables por la conducción a la adaptación (condiciones normales) e inadaptaciones (condiciones patológicas) (De Sousa; Vandenberghe, 2005), (Carvalho, 2011).

Aún con respecto a las pesquisas realizadas por Millon, (De Sousa; Vandenberghe, 2005), (Carvalho, 2011), (Sánchez, 2003) confirman que el estudio del autor tiene como base cuatro pilares que sostienen sus ideas: teoría, clasificación, evaluación e intervención. A partir de esa perspectiva, el investigador comprende la personalidad como una característica adquirida a través de un aprendizaje biosocial, transmitida por el ambiente, por el otro, y por los mecanismos del funcionamiento neurológico, asociados a esos estímulos (De Sousa; Vandenberghe, 2005), (Carvalho, 2011), (Sánchez, 2003).

(Carvalho, 2011), (Sánchez, 2003) refuerzan que Millon clasifica la personalidad en estilos, para repartir los aspectos en normales o patológicos, a depender de la forma de adaptación del individuo. En líneas generales y sin profundización, los comportamientos son aprendidos de acuerdo con tres procesos: placer y dolor, el yo y el otro, el activo y el pasivo que, en condiciones normales, ocurren de manera peculiar, determinados por la situación, mientras que, en los trastornos, tienden a manifestarse de forma desordenada y contradictoria al común.

La evaluación, método imprescindible al análisis de la personalidad para Millon, ha sido utilizada a través de una herramienta creada por el propio, que indica, según la composición de la clasificación, la función característica a cada individuo, y así, diagnosticar posibles trastornos (Carvalho, 2011), (Sánchez, 2003). Al evaluar y detectar, se hace necesario el procedimiento de la intervención, que es el momento en que el terapeuta actúa, cuando adopta alternativas y estrategias, adecuadas a cada cuadro, situación, ambiente y paciente.

Otra referencia que menciona Millon, es la de Alchiori; Servo; Núñez, (2006), que afirma que:

Los análisis del teórico, como formulaciones obtenidas del psicoanálisis y de estudios comportamentales, para apoyaren sus constructos y complementaren las ideas por él propuestas. Es en ese sentido, por lo tanto, que caminan los procedimientos de evaluación e intervención, utilizados y empleados hasta los días actuales, tanto por las terapias psicoanalíticas cuanto por las comportamentales.

Con el objetivo de dar consistencia general a las características presentes en el trastorno de personalidad borderline, ya descritas, citadas y mencionadas durante el transcurrir de la pesquisa en construcciones anteriores, se prosigue así, a la propuesta del tópico, cuya estructura es exclusivamente dedicada a la clasificación, a la identificación y a la definición de situaciones, condiciones, estados, acciones, actitudes, comportamientos, sensaciones y todos los contenidos existentes y envueltos en el borderline. Hecha la observación, se sigue entonces al tópico estructurado con las características del trastorno de personalidad borderline.

## EXPOSICIONES Y COMPOSICIONES DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE:

Sadi, (2011, p. 9), en su tesis sobre la relación entre cliente y terapeuta, identifica, a través de una tabla descriptiva, las características generales pertenecientes a los pacientes con el trastorno de personalidad borderline, cuya clasificación responde al manual DSM-IV de APA, (2002), donde, según el documento, mencionado por Sadi, (2011, p. 9):

Para que el individuo sea considerado portador de borderline, es necesario que él llene cinco o más de los criterios demostrados abajo. Caso haya verificación de cuatro de esos factores, hay la probabilidad, pero permanece indefinida, sujeta a composiciones que la tornen, de facto, definitiva.

El artículo uno, dispuesto por APA, (2002), en Sadi, (2011, p. 9), está relacionado con abandono, que, real o imaginario, es excesivamente temido por personas con TPB, las cuales, intolerantes a la soledad, se esfuerzan demasiado en el sentido de evitar la supuesta realidad del abandono. La segunda situación refiere las relaciones interpersonales, que, en general, son marcadas por inestabilidad e intensidad por parte de los borderline, que suelen alternar entre extremos de idealización y desvalorización sin que haya un contexto previo para las ocurrencias (APA, 2002), en: Sadi, (2011, p. 9).

“El factor tres corresponde a perturbaciones relativas a la identidad, constituidas por constantes inestabilidades provenientes de referencias de la autoimagen y de los sentimientos y sensaciones condicionados y dirigidos al yo”. APA, (2002), en: Sadi, (2011, p. 9).

(APA, 2002), en: Sadi, (2011, p. 9):

El cuarto artículo dice respecto a los procesos de impulsividad en dos o más áreas, que pueden estar relacionadas al uso y abuso de sustancias químicas, a la promiscuidad sexual, a disfunciones alimentares, entre otros actos considerados exagerados y descontrolados, que perjudican diversas circunstancias de la vida del individuo.

La quinta característica, disponible en APA, (2002), en Sadi, (2011, p. 9), evidencia las inestabilidades afectivas y las frecuentes oscilaciones de humor. Ya en la categoría seis, en APA, (2002), por Sadi, (2011, p. 9), hay la prevalencia de gestos y comportamientos de amenaza al suicidio y de actos de automutilación.

La cuestión siete, cita los sentimientos crónicos de vacío, muy común al individuo borderline. APA, (2002), in: Sadi, (2011, p. 9). La rabia intensa y la dificultad de control de la rabia es parte de la situación ocho, y, por fin, hay el artículo nueve,

que describe ideaciones paranoides asociadas al estrés por síntomas disociativos internos. APA, (2002), en: Sadi, (2011, p. 9).

Además de APA, CID-10 (Clasificación Internacional de Dolencias) también describe los trastornos de personalidad, que, en el caso del borderline, presenta algunas diferencias de DSM-IV, y lo clasifica entre los trastornos de personalidad emocionalmente inestable, dispuestos en (F 60-3), dividiéndolos en dos tipos: tipo impulsivo, (F60-30) y el tipo borderline, (F60-31), como se puede verificar en Sadi, (2011, pp. 9-10). “Ambos los tipos clasificados en CID poseen semejanzas con la clasificación verificada en DSM-IV, pero CID opta por la separación en grupos, de forma que el impulsivo es identificado a la parte del borderline Sadi”, (2011, pp. 9-10).

Antes de dividir los trastornos de personalidad emocionalmente inestable, CID explica las características generales del trastorno, en F 60.3, conforme CID-10, (1993), disponible en: Sadi, (2011, p. 10), donde denota la impulsividad como marca predominante del desorden. Según CID-10(1993), en Sadi, (2011, p. 10):

Pacientes con trastorno de personalidad emocionalmente inestable accionan siempre por impulsividad, siendo inestables en afectos, y debido a condiciones mínimas de capacidades ante el planeamiento en determinadas cuestiones, la rabia asume papel relevante en actos y acciones de manera frecuente y sin causas aparentemente justificables, sentimiento este que surge de forma descontrolada, y, por el hecho de recibir críticas y de ser impedido por hechos inadecuados, el individuo no consigue obtener el control, y, descontrolado, provoca consecuencias desagradables, secuencias de esos desvíos comportamentales, visibles en situaciones de violencia y explosiones, pasibles de actitudes perjudiciales a la propia persona y al otro, disfunción que es presentada a partir de dos variantes, compartidas por el tema general de la impulsividad y de la falta de autocontrol, identificadas por: trastorno impulsivo y borderline.

El trastorno de personalidad del tipo impulsivo, referido en F60.30, en CID-10, (1993), por Sadi, (2011, p. 10), es compuesto de seres marcados por inestabilidades emocionales y por la impulsividad descontrolada en acciones y situaciones, y suelen reaccionar de forma agresiva y explosiva en respuesta a críticas de terceros,

registrando comportamientos violentos y amenazadores con relación al otro y la propia integridad. Sadi, (2011, p. 10), citando CID-10, (1993), de acuerdo a la tabla clasificatoria del manual, que, aunque el tipo impulsivo contenga aspectos de explosión y agresividad oriundos de rabia y de ira descontroladas, algo que propicia violencia y agresión, causando consecuencias gravemente perjudiciales, no se inserta en las especificaciones de la categoría antisocial.

El artículo F60-31, posicionado por CID-10, (1993), en Sadi, (2011, p. 10), hace referencia al tipo borderline límite, en que están dispuestos los individuos emocionalmente inestables en diversas áreas, incluyendo las cuestiones asociadas a la autoimagen, sin caracterización y sin construcción por una ausencia de objetivos y por confusión acentuada cuanto a preferencias y a la propia sexualidad. El tipo borderline, en F60-31, de CID-10, (1993), por Sadi, (2011, p. 10), además de especificar la inestabilidad emocional como una condición general de los pacientes, también la relaciona a las relaciones y a los relacionamientos interpersonales, que tienden a ser, como consecuencia, intensos e inestables, por cuenta de esfuerzos repetidos y excesivos en el sentido de evitar el supuesto abandono, que, real o imaginario, es siempre visualizado por el individuo a partir del miedo y del temor de la ocurrencia, características también acompañadas de sentimientos crónicos de vacío, de comportamiento autolesivo de autoagresión y automutilación y de amenazas frecuentes de suicidio.

Conforme Linehan, (2010), apud Sadi, (2011, pp. 10-11):

Los pacientes con TPB poseen desregulación emocional en la organización de componentes responsables por las emociones, estructuras mentales y psíquicas, que, al funcionar de forma desajustada, comprometen significativamente acciones y reacciones individuales, que son siempre exprimidas y expresadas por síntomas de ansiedad, depresión e irritabilidad ante un constante miedo crónico de abandono, que, aunque inicialmente imaginario, es, muchas veces, concretizado debido a las consecuencias inconsecuentes provocadas por las crisis. Los portadores del borderline son afectivamente inseguros, dependientes y vulnerables, y a cualquier indicio de alejamiento o separación de personas íntimas y queridas, experimentan sensaciones incontenidas de rabia, reaccionando con explosiones y agresividad al otro, que, supuestamente, es objeto de amor, por medio de comportamientos manipuladores, imprevisibles, muy variables y



contradictorios, y así, el apoyo buscado y necesario se torna un rechazo, desestabilizando todos los procesos de relación interpersonal.

De acuerdo con Sadi, (2011, pp. 13-15):

Vulnerabilidad, intensidad y lento retorno a condiciones y estados de normalidad, son predominantes en portadores de TPB, que, desregulados en las funciones y actividades emocionales, se frustran con facilidad y no se adaptan a desaprobaciones y contrariedades, inadecuaciones que traen la rabia y generan los actos impulsivos. Las sensaciones y los sentimientos de los individuos con el trastorno borderline son extremadamente intensos, conducidos por una variación de emociones ante acontecimientos simples del cotidiano, condicionados a una gran dificultad de retornar al estado de normalidad, que es atingido mediante proceso lento y arduo.

Después de sintetizar definiciones que caracterizan el surgimiento del término patológico borderline, el trabajo contempla ahora las posibles causas que pueden estar asociadas, directa o indirectamente al trastorno, como alternativa de dar consistencia al apareamiento de las instabilidades existentes. Así, para elucidar el tema presentado, se sigue, entonces, el camino de las posibilidades verificadas como supuestas secuencias, generadoras de consecuencias.

### 3.3. POSIBILIDADES DE CAUSAS ASOCIADAS AL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE:

Conforme ya mencionado anteriormente, el trastorno de personalidad borderline se caracteriza básicamente por el constante miedo del abandono y por sentimientos crónicos de vacío, que tienen como consecuencias, un elevado grado de impulsividad, inestabilidad en las emociones y en las relaciones interpersonales, además de grandes indicios de autoagresión y de altas tasas de suicidio (APA, 2002, 2014), citado por (Nunes; De Rezende; Silva; Alves, 2015, p. 69. Nunes; De

Rezende; Silva; Alves, 2015, p. 69) con referencias de varios autores, identifican que hay muchos estudios dedicados a describir síntomas y comorbilidades relacionados con el TPB, pero, la pesquisa en cuestión confirma que, con respecto a las consideradas “vulnerabilidades individuales y ambientales”, que serían posibles causas asociadas a la patología, hay un número poco significativo de investigaciones en ese aspecto, escasez esta que puede representar la falta de conclusión para la descubierta precoz del síndrome.

Aunque los trastornos, de modo general, se presenten en la adolescencia y en el inicio de la edad adulta, se acredita que los factores precursores del desarrollo patológico de la personalidad están presentes ya en la infancia, pues, de acuerdo con Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 69), relatando diversas pesquisas, en el caso del TPB, diferencias individuales e influencias familiares y ambientales, de alguna forma, generan traumas, que, posteriormente, se transforman en manifestaciones caracterizadas por desvíos en muchos órdenes y en varias funciones. El estudio de Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 69) revela que una vivencia infantil basada en eventos negativos, como malos tratos y abusos físicos y psicológicos, puede causar incontables consecuencias, que, en el futuro, necesitarán de auxilios interventores, a fin de estabilizar procesos desajustados.

Nunes; De Rezende; Silva; Alves, 2015, p. 69:

Los traumas de la infancia son definidos, comúnmente, por todos los aspectos que interfieren negativamente en la integridad de la vida del individuo, que vienen de actitudes provenientes de un cuidador o de personas próximas, de quienes la crianza precisa y espera acciones positivas. El abuso infantil es comprendido según cinco principales variantes: el sexual, que corresponde al contacto sexual entre el adulto y la crianza; el físico, que es expuesto por agresiones físicas; el emocional, que se refiere a cualquier tipo de situación que envuelva sufrimiento psicológico; la negligencia física, que inserta el ser en condiciones desfavorables por falta de alimentos, vestuarios e higiene; y todavía la negligencia psicológica, que consiste en ausencias afectivas.

Sadi, (2011, p. 12), basada en Conte & Brandão, (2001) y en Souza & Vandemberghe, (2005), indica que:

Según perspectivas behavioristas radicales, el aprendizaje de la identidad posee estructuras complejas e imprecisas, proceso por el cual están sujetas ocurrencias de fallas, pero que son comprendidas e interpretadas por individuos que, durante la infancia, obtuvieron estímulos positivos con relación al control privado ante la exposición de variadas y diferentes situaciones y condiciones públicas. Al paso que, personas sometidas y controladas apenas al comportamiento impuesto por la sociedad, aprenden a depender solamente de influencias externas, siendo inestables a las necesidades individuales en ambientes públicos y colectivos.

Para Sadi, (2011, p. 16), citando Souza & Vandenberghe, (2005):

Un ambiente considerado invalidante durante la infancia puede ser responsable por el surgimiento del borderline, por cuenta de las punitivas y de los reforzamientos negativos de expresiones privadas, que, por no ser adecuadamente aprendidas, son desarrolladas con inhibiciones, a partir de predisposiciones externas. Individuos inhibidos y reprimidos en iniciativas propias, no consiguen resolver problemas o encontrar soluciones, estando vulnerables y dependientes del humor y de los deseos del otro, por cuanto, no hay capacidades biológicas y psíquicas para la descripción de una realidad privada, en que, por el hecho de no haber tenido reconocimiento efectivo de acciones y reacciones, y por la falta de aprendizaje ante el conocimiento y el reconocimiento de las propias necesidades, no hay competencias satisfactorias al ejercicio del autocontrol.

Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, pp. 69-70) detectan, a partir de investigaciones, que los ambientes donde son visibles comportamientos evidentes de punición, reforzados por exceso de críticas destructivas, falta de apoyo, elogios y afectos, tienden a propiciar la incapacidad de competencias para el aprendizaje de regular y de adaptar el sistema psicobiológico a las adversidades encontradas a través de las emociones y en las relaciones interpersonales. “El hecho de no conseguir lidiar con un número considerable de situaciones, hace con que los síntomas del borderline como la impulsividad y los actos de autolesión ocurran, tornándose perjuicios a si propio y al otro” (Nunes; De rezende; Silva; Alves, 2015, pp. 69-70).

Grande parte de los pacientes borderline, conforme Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 70) y otros estudios, posee, como ya afirmado anteriormente, vulnerabilidades individuales, que están relacionadas con disfunciones cerebrales responsables por la regulación emocional, que es “la capacidad de procesar, amplificar, mantener y atenuar emociones de acuerdo con estímulos internos y

externos” (Barros, 2013), citado por Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 70). A partir de tales constataciones, Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 70), destacando Donegan et al., (2003), sugieren que los portadores del trastorno borderline, debido al comprometimiento funcional de las estructuras reguladoras de las emociones, reaccionan con excesiva sensibilidad a eventos emotivos, en especial, a los negativos, sin conseguir, después, retornar al estado de relajamiento, que resulta, de ahí, en la mayoría de los síntomas de la patología, que se verifica en las alteraciones genéticas, o todavía, en el intento insuficiente de reducción de los excesos emocionales (Linehan, 2010), referido por Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 70).

La impulsividad, objeto de estudio de Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p.70), aunque no sea considerada una parte central de este trabajo, impone, por ser predominante a la patología, la necesidad de describir algunas características que la componen, a fin de fornecer esclarecimientos acerca de la condición, ya que es clasificada como uno de los síntomas más perjudiciales del borderline, por, muchas veces, causar problemas irreversibles y comprometer la identidad del paciente, interés de este análisis. Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 70), reforzados por Malloy-Diniz et al. (2010), indican que “la impulsividad puede ser definida como un trazo caracterizado por patrones cognitivos y comportamentales, que se traducen en consecuencias disfuncionales a corto, medio y largo plazos”, y la ocurrencia está íntimamente ligada a la “existencia de cambios en el curso de las acciones de los individuos, sin que haya el juicio previamente consciente de esas alteraciones, manifestándose con bajos niveles de planeamiento” (Nunes; De Rezende; Silva; Alves, 2015, p. 70).

Moeller y colaboradores, referencia de Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 70), afirman que la impulsividad puede ser compuesta de tres componentes distintos que no actúan de acuerdo con la normalidad, a saber: el motor, que corresponde a una variedad de acciones sin pensamientos, que tiende a tomadas de decisiones rápidas y sin reflexión, y la falta de planeamiento, que es entendida como una “reducida orientación para el futuro”. “La automutilación, la

promiscuidad y el abuso de sustancias son algunos de los tantos ejemplos de las consecuencias negativas generadas por la impulsividad” (Linehan, 2010) en Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 70), que, además de todos los pormenores perjudiciales ya citados, se presenta, de acuerdo con escalas de impulsividad y otras pesquisas, destaques de Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 70), como “una condición de mayor expresividad en los portadores del borderline que los de otros trastornos”.

De vuelta a las causas del desorden, la investigación de Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 74) apunta el abuso emocional infantil como un fuerte predictor traumático posible y probable a los desvíos borderline, debido al gran comprometimiento emocional que acomete pacientes con esas características. Todavía así, no hay convicciones seguras y garantizadas de que las experiencias invalidantes de las crianzas contribuyen para las futuras desregulaciones, hasta porque, con la enfermedad, el portador suele tener la memoria afectada, algo que dificulta la veracidad de los relatos.

No hay certezas capaces de prever las causas del aparecimiento del trastorno de personalidad borderline, pero posibilidades y probabilidades no deben ser descartadas, para el intento constante ante el conocimiento del problema, generador de sufrimientos, incertezas e inseguridades. Por eso, Nunes; De Rezende; Silva; Alves, (2015, p. 75) señalan la importancia de informaciones precisas con respeto a la individualidad e histórico de traumas de los pacientes borderline, con el objetivo de priorizar la institución de políticas públicas de prevención y combate de condiciones, situaciones y estados, que, de alguna forma, vengán a herir la integridad humana.

#### 3.4. LA RELEVANCIA DE LA PSICOTERAPIA COMO OPCIÓN DE TRATAMIENTO AL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE:

Conforme Sadi, (2011, p. 1), citando Garfield, (1995) & Meyer, (2009), la psicoterapia puede ser definida a partir de un tratamiento psicológico, en que hay una relación establecida entre aquellos que, en la figura de clientes, precisan de ayuda para encontrar posibilidades ante la solución de problemas y el intento de amenizar frecuentes sufrimientos, y profesionales con formación en psicología, caracterizados como psicoterapeutas, capacitados adecuadamente con recursos personales y habilidades generales y específicas, estructuras destinadas a acciones e intervenciones terapéuticas diversas, con el foco, justamente, a la prestación de servicio de auxilio a las necesidades de tales individuos. Aunque haya indicios de que la psicoterapia se presente como tratamiento funcional por la literatura en pesquisas psicoterápicas, según resalta Sadi, (2011, p. 1), referenciando Seligman, (1995) & APA, (2005), hay casos que son considerados difíciles, como los trastornos de personalidad, que, por contener comorbilidades asociadas, requieren manejos terapéuticos estratégicos, que, de acuerdo a Sadi, (2011, p. 1), mencionando varios investigadores, deben contar con terapeutas comprometidos y conocedores de perspectivas y consecuencias de esas dificultades, ya que también son parte de los obstáculos de interferencias en la terapia, por el facto de, muchas veces, ser inseridos en los contextos de los comportamientos desregulados.

Para garantizar el suceso terapéutico de los pacientes borderline es fundamental que el terapeuta conozca profundamente las características del trastorno y que tenga disposición a alteraciones en acción e intervención, y que sea disponible en establecer una relación terapéutica basada en el individuo, privilegiando especificidades individuales del cliente, que deben ser priorizadas a partir de estrategias que atiendan a las necesidades inmediatas y urgentes relacionadas con sufrimiento. Con el objetivo de satisfacer el tratamiento terapéutico del trastorno de personalidad borderline, además de formación, conocimiento y sensibilidad, el psicoterapeuta debe recorrer a fuentes de pesquisa en psicoterapia, que son cruciales para la adhesión y el progreso del paciente, que, según Sadi, (2011), no se ajusta a los procedimientos convencionales de terapia, demandando esfuerzo, competencia y capacidad por parte del psicólogo, que precisa estar atento a otros casos e investigaciones, que lo auxiliien en la adopción de prácticas realmente eficaces a cada peculiaridad.

### 3.5. LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA COMO HIERRAMIENTA INDISPENSABLE AL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE:

La presente pesquisa tiene pretensión y tendencia psicoanalítica, pero, por cuenta de la relevancia contenida y apuntada en terapias comportamentales como posibilidad de éxito a los procedimientos psicoterápicos al borderline, cabe un breve destaque a algunas metodologías comportamentales, a fin de promover la reflexión acerca de diferentes abordajes, que pueden ser opciones, independiente del marco teórico por el terapeuta, que no debe descartar hipótesis, conforme posibilidad de verificación en tópico posterior. Entre las alternativas probables de aceptación psicoterápica relativas al portador de borderline, están la terapia analítica funcional y la terapia comportamental dialéctica, que, para Sadi, (2011), han desempeñado un papel importante en la adhesión terapéutica y en la estancación de ciertos comportamientos suicidas y de autolesión, representaciones evidentes de supuestos progresos terapéuticos.

De acuerdo a Sadi, (2011, pp. 16-18):

La terapia analítica funcional trabaja con presupuestos de la teoría behaviorista radical, validando las ocurrencias evidenciadas en la terapia, en que, a través de las verbalizaciones del cliente, son generadas posibilidades y oportunidades de acción del terapeuta, que son conducidas e inducidas por la exposición y la composición del diálogo, que da pautas a interferencias y sugerencias de mudanzas. En líneas generales, el paciente presenta las cuestiones que son estimuladas y reforzadas por el psicoterapeuta conforme acción y reacción del individuo, cuyas respuestas van siendo obtenidas, activadas y reactivadas a cada correspondencia comportamental, hacia la posibilidad de producción y reproducción de actitudes recurrentes en terapia, que son llevadas gradualmente para la rutina del paciente, significado de aprendizaje a una realidad de adaptación a nuevas condiciones.

La terapia comportamental dialéctica por Sadi, (2011, pp. 19-21), fundamentalmente asociada a Linehan, es altamente recomendable a los casos borderline caracterizados por indicios suicidas, porque se basa en la aceptación del terapeuta a la realidad del paciente, con el objetivo de enseñarlo a mudar, ofreciendo posibilidades, partiendo de estrategias mediadas por propuestas y sugerencias, siempre enfocadas en la comprensión ante la incapacidad de ejecución relatadas por el cliente, que debe ser, de acuerdo al abordaje, reforzado y estimulado por el psicoterapeuta, positivamente por elogios, incentivos y atención a cada paso dado, motivando a la persistencia de los progresos alcanzados. La intención de la terapia comportamental dialéctica es intentar sanar las necesidades del trastorno, para después, pasar a la etapa puntual de la detección de los problemas, en la interacción aliada y colaborativa entre paciente y psicoterapeuta, y por fin, llegar al momento de las posibles alternativas de soluciones, donde las acciones aprendidas en terapia puedan ser ejecutadas naturalmente en el cotidiano.

### 3.6. UNA REFLEXIÓN SOBRE LA APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE:

A lo largo de este trabajo, sobre todo en el capítulo anterior, con respecto al diagnóstico difícil y al tratamiento de los trastornos de personalidad, el destaque a la importancia de la formación y del conocimiento de los profesionales de salud mental con relación a los diversos problemas de personalidad, como es el caso del borderline, para viabilizar procesos y procedimientos relativos a los desafíos existentes en la jornada oscura entre el servicio, que debe ser pronto, cierto y eficiente, y la necesidad del auxilio, que precisa de preparación previa al acogimiento, y de seguridad cuanto a la prestación de los servicios, de forma que las



experiencias tengan efectos positivos para todas las partes, que, de algún modo, están conectadas a un mismo fin: ayudar y buscar ayuda. En ese sentido, para la psicoterapia, que es la propuesta de esta pesquisa, Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1500), a través de estudios de varios autores, confirman la constante y continua actualización de los terapeutas en pesquisas científicas como contribución relevante a la práctica clínica, que, basada en evidencias, mejora el trabajo con pacientes, además de ampliar la comprensión de diferentes enfoques psicoterapéuticos, iniciativas que visan el desarrollo de competencias y habilidades, promotoras de una actividad significativa y significativa.

Para Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1501), conforme citas de otros teóricos, la acción terapéutica del psicoanálisis, aunque siga los principios básicos y centrales de las aplicaciones clásicas, reconoce, actualmente, otras posibilidades disponibles, como alternativas adicionales al apoyo psicológico, y que las metodologías deben variar de paciente para paciente. El psicoanalista contemporáneo está atento a las innumerables opciones de abordajes psicoterapéuticos utilizadas, y no vacila en emplearlas para incrementarlas y complementarlas a los elementos tradicionales ya incorporados, a fin de proporcionar diversidad y eficacia a los tratamientos, pues, según Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2008, p. 1501), “los elementos terapéuticos no son únicos, y la metodología adoptada depende de la necesidad del paciente”.

La terapia psicoanalítica, cuando dirigida al TPB, sigue las mismas directrices de interpretación, análisis de transferencia y neutralidad propuestas por el psicoanálisis, pero, de acuerdo con Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1501), que refieren, entre otros investigadores, Kernberg, estudioso del psicoanálisis para las personalidades patológicas, las técnicas son adecuadas a cada individualidad, respetando las especificidades del trastorno, conteniendo por eso, un formato diferente de los mecanismos conservadores, en que la interacción entre analista y cliente se da de acuerdo con las exigencias de la particularidad. Kernberg, citado por Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1501), indica clarificación, confrontación e interpretación como los principales componentes de la psicoterapia psicoanalítica, y

que, en patologías serias, clarificación y confrontación abren camino a la interpretación, porque el aquí y el ahora, para el portador del borderline, por ejemplo, hace más sentido que el allí y el entonces, y que el comportamiento del pasado solamente debe ser relacionado con el presente, a partir del momento en que hay la preparación del paciente para tal iniciativa.

Kernberg, aún destacado por Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1502), expone el análisis de la transferencia, ya mencionada a cima, también como la base del psicoanálisis clásico, pero que debe ser igualmente modificado para una adaptación de la terapia al paciente, y del paciente a la terapia, con el objetivo de verificar progresos durante y después de las sesiones. Transferencias positivas y negativas, cuando registradas por el terapeuta, son mejor identificadas por el paciente, se están, inicialmente, dispuestas en un contexto referente al período actual de la vida del individuo, pues, conforme Kernberg, resaltado por Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1502), el síndrome limítrofe interfiere en la capacidad de relacionar e individualizar los hechos de tiempos anteriores y actuales, algo que, por medio de una posible insistencia del psicólogo, puede reducir y eliminar puntos esenciales a la adhesión y al suceso del tratamiento.

La neutralidad, otro método fundamental para la práctica del psicoanálisis, identificada por Kernberg, en citación de Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1502), también precisa de alteraciones para tratar personalidades patológicas como el borderline, pues el desorden, al provocar inestabilidad, coloca al portador y al analista en condiciones desfavorables, perjudicando el andamiaje de la psicoterapia. Cabe así, al profesional, establecer límites a determinadas conductas en variadas situaciones, aunque temporarios, en el intento de controlar actitudes que hieran y amenacen la relación y la alianza entre ambas las partes, a fin de celar por el procedimiento terapéutico, bien como por la propia vida del individuo, que, en crisis, puede comprometer toda la terapia, y, como consecuencias, causar daños irreversibles a sí propio y al otro (Kernberg), en: Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1502).

Es innegable que todos los psicólogos tienen sus bases de formación y sus conceptos de las mejores técnicas a ser adoptadas, con todo, cada paciente es único y requiere un tratamiento que funcione de acuerdo con sus particularidades y peculiaridades, que presupone una terapia pautada en la sintomatología correspondiente a cada especificidad, que es confirmado por Simoni; Benedetti; Bitencourt, (2018, p. 1503). Competencia, formación, conocimiento y experiencia son artículos indispensables a una psicoterapia de calidad, pero, además de esos requisitos, se hace necesario que el analista sea y esté siempre abierto y dispuesto a la innovación terapéutica, y que pueda ejercer continuamente la flexibilidad ante el servicio, porque, en la psicoterapia, el paciente es protagonista, y sin él, ella no tiene sentido de ejecución o función Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1503).

Simoni; Benedetti; Bitencourt, (2018, p. 1503) refuerzan la necesidad de estudios acerca de distintos abordajes para variados problemas, pero, el psicólogo, que, además de ejercer la profesión, investiga, pesquisa y estudia, desarrollando y reformulando los procedimientos a través de nuevas posibilidades, concluye metas, tornando la práctica clínica una fuente de aprendizaje y creatividad, beneficio proporcionado al grupo de trabajo y a los atendidos. La preparación y la sensibilidad del psicoanalista son fundamentales para la eficacia y el suceso de la psicoterapia, pues, Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1503) afirman que, de acuerdo con varias observaciones, las acciones y las intervenciones terapéuticas, cuando relacionadas con diferentes abordajes, a depender del caso, tienden a contribuir con la mejora significativa en los cuadros clínicos, alternativas que representan oportunidades de crecimiento profesional a los terapeutas, que ven en los pacientes fórmulas infinitas de experiencias únicas, que ponen a la prueba constante de enfrentar desafíos y de vencer obstáculos.

Los portadores del trastorno de personalidad borderline, por presentaren características de autoagresión, tendencia al suicidio, agresividad, impulsividad y dificultad de adhesión al tratamiento, descripciones destacadas por Simoni;

Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1507), están asociados a aquellos que necesitan atención especial por parte de los psicólogos, que deben tener ciencia y ser conscientes de que el camino al progreso es lento y largo, y contiene especificidades que precisan ser respetadas, a fin de evitar ocurrencias recurrentes de situaciones que influyan en el fracaso del proceso terapéutico. Así, los analistas competentes cuentan con herramientas y contenidos de diversos campos, siempre con el objetivo de mantener la estabilidad de los pacientes, de modo a asegurar el fortalecimiento de metas ya alcanzadas y la fortaleza de la terapia (Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018)).

Las peculiaridades presentes en el síndrome borderline imponen una psicoterapia construida en el vínculo, porque, para Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1507), la alianza establecida entre la relación paciente y terapeuta es esencial a la concretización de los procedimientos adoptados durante las sesiones, ya que es de todo el conjunto en armonía, que depende las reacciones positivas de los comportamientos de los individuos. A partir de esa perspectiva, la empatía del psicoterapeuta, también resaltada por Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1507), se torna el punto de partida, tanto a la relevancia de las metodologías empleadas, como a la estabilización de incidencias, que van siendo amenizadas por cuenta de descubiertas de los propios pacientes, que, con el auxilio de los terapeutas, encuentran, gradualmente, la capacidad para ver el mundo y la vida con ojos de una realidad más adecuada a lo que realmente es.

El modelo de Zamignani, (2007), expuesto por Sadi, (2011, p. 23), dispone la empatía terapéutica como condición de garantía de un ambiente amistoso para la eficacia de la relación entre terapeuta y cliente, donde sea propicia la permanencia de una alianza terapéutica satisfactoria, constatación evidente de adhesión al tratamiento y de progreso a los procedimientos. El proceso de empatía terapéutica, descrito por Sadi, (2011, p. 23), propuesto por Zamignani, (2007), consiste en la aceptación del terapeuta a la condición del cliente, pautada en la comprensión de las situaciones y estado de sufrimiento, en que el acogimiento funciona como herramienta crucial al momento de terapia, que precisa de flexibilidad, maleabilidad y

suavidad en la interacción, durante todos los diálogos, de modo que la comunicación acontezca sin la presencia de eventos punitivos, que deben ser reforzados con entendimiento y compasión, ausentes de juicio o críticas, a fin de que el paciente sea valorizado, y que consiga sentir ese valor a través de las actitudes del psicoterapeuta, que necesitan siempre de ser enfáticas ante la validación de sentimientos, pensamientos y comportamientos del individuo, composición resaltada por Linehan.

Según (Simoni; Benedetti; Bittencourt, 2018, p. 1507):

Los estados de sufrimiento, cuando relatados por el cliente, u observados por los psicoanalistas, carecen de actitudes empáticas, neutras y sensibles por parte del profesional, que, coherentes con el psicoanálisis, permiten que la víctima experimente una real demostración de preocupación con su problema. Al enfatizar la comprensión con la condición del otro, el psicoterapeuta instiga a la cooperación, pues, al sentirse valorizado, el ser colabora con la terapia, impulsando un bien, que es extendido a todos los participantes.

Durante la intervención terapéutica, con la finalidad de obtener del cliente informaciones válidas y específicas para el auxilio en la adopción de estrategias, el psicólogo puede utilizarse de la categoría de solicitud de información, referente a la terapia analítica comportamental y analítica funcional, explícita en Zamignani, (2007), por Sadi, (2011, p. 23), destinada, justamente, a iniciativas del profesional de psicoterapia basadas en la oferta de contenidos proporcionada por el paciente, que, conducido e inducido por ideas introductorias a esa dirección, puede traer contribuciones valiosas al proceso y al tratamiento terapéutico. A partir de ese procedimiento, el psicoterapeuta, además de intentar encontrar alternativas para posibles descubiertas o soluciones, busca, por medio de ese método, establecer con el individuo relaciones naturales con reglas constituidas en conjunto, y, finalmente, procura, a través de la discusión, desarrollar, según la presentación de Kolenberg y Tsai, relacionada en Sadi, (2011, p. 23), una organización de repertorios mentales, de modo que se conciba la oportunidad de interpretación individual del paciente al propio comportamiento.

Pedidos de información y la introducción a tópicos de discusión, que, aclarado por Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1507), se reconocen en las intervenciones exploratorias cerradas e interrogativas, más utilizadas por modelos cognitivos, suelen ser eficientes también en el psicoanálisis, por contener estructuras más directas y objetivas, que hace consistente y disponible el tratamiento.

Simoni; Benedetti; Bittencourt, 2018, ha dicho que:

Ser accesible a prácticas clínicas divergentes es abrirse a la renovación y a la innovación, entendiendo que no hay rivalidades existentes, y sí, diversidades a ser exploradas, con el sentido de crear, progresar y satisfacer, individual y colectivamente.

Solicitaciones de acciones y sugerencias de alternativas, intervenciones indicadas por Sadi, (2011, p. 24), aunque sean utilizadas y tengan utilidad en las terapias psicoanalíticas, no son muy recomendables en casos severos y graves como el trastorno borderline, pues para Donadoni, (2009), referencia de Sadi, (2011, p. 24), tales actitudes pueden interferir negativamente en la terapia, por el hecho de que esos pacientes presenten resistencias a reglas y mismo a la motivación, interferencia sujeta a comprometer el andamiaje y el seguimiento del tratamiento. Sadi, (2011, p. 24), citando diversos autores, resalta que el paciente borderline es poco condicionado a mudanzas, y, así, el terapeuta que comanda, ordena, orienta y aconseja con cierta frecuencia tiende a no conseguir ayudar, y por esa razón, las opciones y preferencias intervencionistas terapéuticas, aunque en período inicial, son más aceptadas si estuvieran pautadas en la historia del individuo y en la temática de la sesión, para que, lentamente, las prácticas de acción sean incorporadas, teniendo en cuenta la afirmación de Linehan, (2010), destaque de Sadi, (2011, p. 24), que, a pesar de aprobar los procedimientos, apunta que ellos apenas deben ser adoptados en estadios más avanzados del comportamiento del cliente, cuando ya están estacionados los posibles eventos de suicidio y las suposiciones amenazadoras a la terapia, proponiendo, a través del intento de entrenamiento en habilidades sociales, actividades y tareas para la casa o cualquier otro tipo de ejercicio que posibilite y viabilice la apertura a novedades.

Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1508), identificando estudios de algunos autores, revelan reducción sintomática en disturbios graves como el TBP, por medio de una postura activa y directa de los terapeutas, enfocada en solicitudes y cuestionamientos, siempre mediada por la empatía, algo que facilita la interacción entre ayudante y ayudado, en que las necesidades mutuas se complementan. “La variedad de los contextos y de los contenidos gana significado ante el esfuerzo de terapeutas psicodinámicos en aliarse al paciente, para asegurar la estabilidad de los síntomas y del propio tratamiento” (Simoni; Benedetti; Bittencourt, 2018, p. 1508).

La interpretación del terapeuta, identificada en Zamignani, (2007), Kolembergh y Tsai, por Sadi, (2011, pp. 23-24), es parte de la conversación con el paciente, y es verificada por todos los supuestos análisis inferidos por el psicólogo, para, de alguna forma, interfirieren en el comportamiento del cliente, en el sentido de posibles alteraciones en la conducta y en la dirección. Cuando el terapeuta interpreta eventos relatados por el cliente, sea durante la interacción o de condición y situación, puede estar orientando el individuo a modificar acciones, actos y actitudes, pensamientos e ideas con respeto al mundo, al otro y a la vida, y ofreciendo, a partir de ese tipo de estrategias, medidas y fórmulas para la reformulación de paradigmas a nuevos medios de visualización de los problemas, a fin de que puedan ser activadas posibilidades y oportunidades diferentes visiones sobre las cosas.

Simoni; Benedetti; Bittencourt, (2018, p. 1508) explican que portadores de borderline, debido a un grado agudo y elevado de estrés derivado de traumas, no adquieren habilidades suficientes para adaptarse a la transferencia del psicoanálisis, siendo, para tanto, recomendables intervenciones de apoyo, con el fin de desarrollar recursos inconscientes por el individuo. Es imprescindible que el analista intervenga con estrategias estimulantes y motivadoras, que puedan desempeñar un papel de evolución en todas las etapas de la trayectoria del paciente, priorizando siempre la forma más adecuada a cada particularidad, para propiciar un retorno pasible de recompensas a ambos los integrantes del proceso terapéutico (Simoni; Benedetti; Bittencourt, 2018).

Ante la descripción de Sadi, (2011, pp. 24-25), se verifica total atención a características de reprobación por parte de los psicólogos a los pacientes, que deben ser evitadas, a fin de prevenir síntomas de rabia y ansiedad, desestabilizando la relación terapéutica y la psicoterapia de manera general. Sadi, (2011, pp. 24-25), basada en Skinner, menciona que el ambiente terapéutico precisa de ser acogedor, permeado por refuerzos positivos, donde el cliente tenga beneficios, sea beneficiado y se sienta bien, y para donde pretenda retornar, garantizando posibilidad de satisfacción al proceso psicoterápico.

Simoni; Benedetti; Bitencourt, (2018, pp. 1503, 1507, 1508, 1509), basadas por diversos teóricos, ante el estudio de caso que tuvo como foco de la pesquisa la intervención terapéutica psicoanalítica, enfatizan, durante todo el trabajo, qué acción e intervención del psicoanalista, a pesar de tener metodologías propias, con principios y modelos de técnicas muy bien estructuradas, y, como es obvio, bien definidas por el terapeuta a los procedimientos psicoterápicos, a partir de la formación y de la experiencia, cuando cuentan con artefactos y artificios, mismo de otras corrientes, alcanzan resultados satisfactorios, pues, ciertas peculiaridades exigen cambios, que, muchas veces, hacen toda la diferencia. Las bases no son reglas, y, si por algún motivo, el terapeuta considerar válido el complemento con diferentes teorías, desde que bien investigadas, evaluadas y determinadas, nada es descartado, y todo tiene razones de existencia, basta, para eso, la aplicación segura y consciente de todos los métodos, para que tenga, de facto, la eficiencia esperada (Simoni; Benedetti; Bitencourt, 2018).

Con base en los parámetros expuestos, propuestos para caracterización de las intervenciones terapéuticas, que no deben quedarse restrictas ni dependientes de un único marco teórico, la pesquisa sigue, a partir de las líneas posteriores, el camino de evaluación de esas intervenciones. Así siendo, por medio de tal proposición, se procura identificar adecuaciones y adaptaciones necesarias a la adopción de intervenciones terapéuticas para cada caso individual.



### 3.7. UN ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA EL PROGRESO DE LA PSICOTERAPIA CON PORTADORES DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE:

Roussos; Echebarne; Waizmann, (2005, P. 52), refuerzan que, tanto los referenciales teóricos como las investigaciones empíricas, por más que contengan atribuciones y contribuciones para los constructos de las psicoterapias, aunque precisen de ser consultados, estudiados, pesquisados e investigados, a fin de basar las técnicas utilizadas en los tratamientos, no dan cuenta de prever las metodologías más adecuadas a cada paciente, enfatizando, en ese sentido, la necesidad constante y continua de abertura por parte de los terapeutas a actualizaciones y modificaciones estratégicas, en consonancia con la reflexión y la sensibilidad para interpretar y comprender el momento propicio a cada intervención, buscando siempre interferir de forma saludable, con acciones y reacciones convenientes a la sesión presente. Para Roussos; Echebarne; Waizmann, (2005, P. 52), es importante saber que, para evaluar y validar la calidad del andamio de las intervenciones adoptadas, hay, según Milbrath, (1999), apud Roussos et al. (2005, P. 52), dos principales abordajes destinadas, justamente, con el objetivo de demostrar y verificar satisfacciones e insatisfacciones detectadas en los métodos, que son: la micro analítica, que identifica resultados más inmediatos, por contar con análisis correspondientes a cada diálogo entre terapeuta y paciente, más vuelta al impacto concerniente a la conducción y al retorno instantáneos, y la macro analítica, que problematiza la totalidad de los contenidos de las sesiones, muy utilizada y útil para la evaluación de los resultados generales de la terapia como un todo.

Los estudios de Roussos et al., (2005, Pp. 53-54) y (2003), proponen, como ejemplo de método evaluativo de intervención terapéutica, niveles de análisis, que visan investigar las prácticas psicoterápicas, con la finalidad de conferir detalles de

la ruta, referentes al progreso, a la estancación y a la regresión del paciente, identificando, a partir de esas categorizaciones, efectos positivos y negativos de los procedimientos empleados, para así, poder decidir por la opción apropiada a cada individualidad, que no debe ser obediente a reglas convencionales, pero, sujetarse apenas a las imposiciones dictadas por peculiaridades, exigentes a la flexibilidad y a excepciones, siempre prioritarias al suceso del tratamiento. Según los autores de esos estudios, los niveles mencionados son: estratégico, descriptivo, de contenido y los clasificados de acuerdo con el tiempo y con el espacio, que tienen, cada cual, sus especificidades analíticas, y abordan diferentes contextos, respetando los principios de las iniciativas pretendidas, que necesitan, antes de ser aplicados, de conocimientos intervencionistas y evaluativos, a fin de evitar negligencias asociadas a la terapia o a los resultados obtenidos.

Conforme las citas arriba, el nivel estratégico tiene relación con la lógica de alcance de los objetivos y de los propósitos ansiados por el terapeuta como posibilidad de solución para los problemas del paciente, y se dispone a viabilizar las intervenciones establecidas a los diagnósticos existentes, con el fin de garantizar el real suceso a la psicoterapia. Las teorías de Roussos et al., (2005, P. 54) enfatizan que las acciones intervencionistas y las metas a ser atingidas se intercalan, de forma que, variadas intervenciones pueden ser usadas para un mismo fin, así como, una única intervención es propicia a varios objetivos, o aún, la diversificación adoptada entre ambos los factores, condiciones favorables al presupuesto de que todas las alternativas sean validadas, desde que utilizadas de manera consciente por el psicólogo, que debe mantenerse atento a la aceptación del cliente cuanto a la realización de las actividades, que precisan de resultados satisfactorios, cuya continuidad y la mudanza de táctica requieren obediencias inmediatas a sus particularidades, muchas veces imprevisibles en ocurrencias e instancias.

El análisis del nivel descriptivo, destacando aún las afirmaciones de Roussos et al., (2005, P. 54), consiste en atribuir sentido y significado a los enunciados presentes en el diálogo terapéutico, especificando exposiciones, suposiciones y observaciones, a partir de propuestas elaboradas únicamente por las sesiones, en

que el enfoque no depende de las distinciones intervencionistas y de los objetivos, donde las acciones terapéuticas dirigen las reacciones del paciente, a través de conducciones controvertidas y directas, con características de autoridad e imposición por parte del profesional, que tiende a clasificar la terapia solamente a las hipótesis teóricas, sin llevar en cuenta otros aspectos aisladamente, ya que todos los motivos son integrados en conjunto. Al describir minucias del tratamiento, se torna posible enmarcar y delimitar el estilo de la psicoterapia, definiéndola y adaptándola a los desafíos y a las dificultades durante el proceso psicoterapéutico, caso, por ejemplo, de los portadores del TPB, que, generalmente, son resistentes ante la adhesión a los procedimientos, además de enfrentaren inestabilidad en la relación interpersonal con el terapeuta, obstáculos pasibles de interferencias más rígidas, por lo menos en períodos iniciales, para permitir calidad, eficacia y eficiencia a los mecanismos empleados (Simoni; Benedetti; Bittencourt, 2015, Pp. 1501-1509).

Los niveles de contenido contienen un formato equivalente a la temática de los discursos disponibles, antes, durante y después de las sesiones, protagonizando fenómenos psíquicos, que, en esa categoría, suelen ser conceptuados por medio de las áreas de experiencia del analista (Roussos; Echebarne; Waizmann, 2005, P. 54). Partiendo de ese punto esclarecido por Roussos et al. , (2005, P. 54), los temas tienen representación central para las pesquisas, porque el tipo de intervención depende, exclusivamente, de las interferencias ejercidas por tales perspectivas, y son ellas que dan la dirección a las metodologías responsables por la respectiva obtención de los éxitos.

Los términos referentes al tiempo y al espacio expuestos en Roussos; Echebarne; Waizmann, (2005, P. 54), referenciando los mismos autores, (2003), están conectados al pasado, al presente y al futuro, y a las localizaciones de las ocurrencias y recurrencias situacionales y condicionales, relativas al cotidiano de los individuos. Con respecto a esa modalidad, la citación de Roussos y colaboradores aquí mencionada, subraya que los modelos de la composición siguen caminos diferentes, o sea: mientras el psicoanálisis transcurre por el histórico, desde el momento infantil hasta los instantes del tratamiento, las líneas cognitivo-

comportamentales trazan expectativas para el futuro, reformulándolas a la medida de las secuencias del presente, sin énfasis a la historicidad, una opción frecuente de muchos terapeutas, tanto psicoanalistas como cognitivos, para tratar el borderline, pues, resaltando Simoni et al., (2015), el trastorno, por afectar la memoria y las ideas, impide que el sujeto interactúe con hechos complejos y exigentes de detalles acerca de organización y recuerdos, algo que, si registrado con insistencia y persistencia, puede comprometer la terapia.

La pesquisa en cuestión desempeña un importante papel para el ámbito en las evaluaciones de las intervenciones, pues, además de describir con precisión el valor ante los análisis propuestos, revela, en la página 56, que el completo de los resultados solamente es adquirida mediante a la realización de todas las etapas dispuestas, por cuanto, cada disposición contribuye con un determinado contenido, de modo que, la validez posee definiciones acertadas, cuando inclusas y concluidas para si ajustar a los diversos estilos, que, así se tornan menos prescriptivos y más efectivos. Explícito, el estudio, en las páginas siguientes, (57-61), ejemplifica con tablas explicativas, a título de conferencia, los abordajes expuestos, propuestas y dispuestas, dando condiciones y exactitud a los términos disponibles, propiciando a la práctica clínica, aparatos y parámetros convenientes a las metodologías utilizadas, para que tengan real a la realidad terapéutica.

Al tratar de sintetizar cuestiones sobre las intervenciones terapéuticas y de las interferencias presupuestas a la terapia, el trabajo abre espacio al horizonte de la relación terapéutica, buscando entender procesos y procedimientos, y reflexionando con respeto a la importancia y a la relevancia de tal atributo al tratamiento terapéutico. En ese sentido, el análisis visa destacar criterios, categorías y otras interferencias, con el objetivo de especificar ocurrencias y recurrencias consistentes a la prevalencia de condiciones y situaciones reforzadoras a la permanencia y a la satisfacción de la psicoterapia.

## LA CONSISTENCIA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA COMO MEDIACIÓN SALUDABLE EN LOS PROCEDIMIENTOS PSICOTERÁPICOS A LOS PACIENTES CON TPB:

El esfuerzo de los psicoterapeutas en establecer una relación amistosa y saludable con los pacientes borderline necesita de ser constante y continua, pues, según Sadi, (2011, p. 53), respaldada por otros teóricos, la relación terapéutica tiene importancia fundamental y crucial a las satisfacciones requeridas por la terapia, como la adhesión al tratamiento, los progresos y las mudanzas. Debido a los frecuentes problemas enfrentados con relaciones interpersonales, los pacientes con TPB suelen traerlos al ambiente terapéutico, no apenas por medio de relatos, pero a partir del propio comportamiento en terapia y con el terapeuta, que debe prever situaciones imprevistas e imprevisibles, ya que, considerados casos difíciles, como resaltado desde el inicio de este capítulo y en el capítulo anterior por diversos estudios, los diagnosticados con el trastorno borderline precisan de contar con la empatía del terapeuta, también ya enfatizada aquí, que tiende a ser fuerte aliada a la afirmación real y efectiva a la relación terapéutica, esto porque, al demostrar aceptación, comprensión y compasión a la realidad del cliente, el psicoterapeuta contribuye para la validación de los sentimientos del ser, que, en estado de sufrimiento, percibe positivamente el cuidado y la preocupación del profesional, y pasa a adquirir otros tipos de conducta, sea para agradar al psicólogo, sea para realmente mudar, tornando posible y promisoro la interacción terapéutica entre ambos, paciente y psicoterapeuta (Sadi, 2011, p. 53).

De acuerdo con Sadi, (2011, p. 53), confirmado por Linehan, (2010) y por Oshiro, (2011):

Los pacientes con trastorno de personalidad borderline se valen de relatos superficiales e ininterrumpidos, consecuencia derivada de las confusiones de identidad y de la dificultad estructural y organizacional de los hechos, contextos ya referidos en este trabajo, a través de la propia autora aquí citada, como de otros investigadores también mencionados, condiciones

que sugieren, inicialmente, apenas la escucha atenta del terapeuta al cliente, secuenciada por eventuales preguntas, teniendo en vista el habla del individuo o la búsqueda de informaciones pertinentes a la sesión.

Sadi, (2011, pp. 53-54), citando Skinner, (1953, 1981), compone la exposición del terapeuta en la condición de oyente, en que no haya momentos de punición o reprobación, predictores anteriormente mencionados, para que la relación terapéutica no sea comparada a otras relaciones conflictivas e inestables del paciente, y para que él no vea en la terapia igualdad con otros medios generadores de sensaciones incómodas, pero que se sienta bien en la terapia, por confiar en los procedimientos adoptados por el psicoterapeuta y en el propio terapeuta, que debe ser el punto de apoyo de ese individuo.

Durante toda la tesis de Sadi, (2011), en que la autora toma como base un estudio de caso con registro de abandono del tratamiento terapéutico por parte de la cliente estudiada para analizar la relación terapéutica y condicionarla a las posibilidades plausibles a la iniciativa de interrupción de la terapia, además de constatar, confirmar y comprobar la renuncia de los clientes a la psicoterapia como característica preponderante en pacientes borderline conforme afirmaciones contenidas en esta pesquisa por medio de otros estudios, los análisis evidencian la necesidad de consciencia, ciencia y conocimiento de los psicoterapeutas cuanto a la frecuencia, a la ocurrencia y a la recurrencia de tal situación, para intentar, a cada sesión, prevenir comportamientos inducidos y conducidos a esa práctica, procurando fortalecer la relación terapéutica a partir de acciones y actitudes propicias a un retorno positivo al individuo, de forma que él consiga percibir y visualizar la terapia como un camino alternativo a nuevas oportunidades, y el terapeuta como mediador de ese camino. En vista de las posibilidades de renuncia del paciente a la psicoterapia, el psicoterapeuta debe priorizar acciones e intervenciones ajustadas a particularidades y peculiaridades de los comportamientos individuales del ser en tratamiento, a fin de estabilizar emociones cuyos progresos sean entendidos de acuerdo a los hechos y factores relacionados con eventos equivalentes a la disminución de incidencias prejudiciales y a la permanencia en terapia, procesos que

necesitan de paciencia y comprensión del profesional de terapia, porque los pasos al avance son lentos y la mejora del cuadro no es tarea fácil (Sadi, 2011).

Sadi, (2011), en varios momentos de la pesquisa, identificando estudios de Oshiro, (2011), entre otros análisis, enfatiza el exceso de relatos de los pacientes borderline como una dificultad al andamiento de la terapia, porque, además de largos y muchas veces inconsistentes, son marcados por cuestiones desconectadas de la intención y del motivo de los sufrimientos, algo que precisa de ser minuciosamente observado por el psicólogo, con la finalidad de atenuar situaciones de esa naturaleza, con el enfoque de incitar al individuo a una igual observación, en que el real propósito terapéutico sea el foco de las sesiones, siempre con el cuidado de no invalidar las condiciones expuestas, para que la aversión no ceda lugar a la regresión. El aspecto referente a la abundancia de palabras sin ideas conclusivas constatado por Oshiro, (2011) en Sadi, (2011), puede estar, según las autoras, directa e íntimamente ligado a la esquivas o fuga de estados y condiciones incómodos, o a una especie de autoprotección caracterizada por el portador de borderline, que se utiliza de artificios de amenidades para no tener de enfrentar el problema, y también para mantener distancia del psicoterapeuta, evitando así posibles y supuestos apegos, por miedo de rechazo y abandono, o por desconfianza acentuada en el profesional, atribución común en períodos iniciales de tratamiento, significados que van ganando y perdiendo campo a la medida en que el terapeuta consigue identificar y destruir brechas, construyendo relación terapéutica compasiva y sólida, por medio de estrategias consistentes a la garantía de satisfacción para ambos y para los procedimientos empleados.

La consolidación de una relación terapéutica armoniosa es, conforme Sadi, (2011), fundamental, esencial y crucial para inculcar en los individuos con TPB alteraciones de comportamiento, pero, también de acuerdo a Sadi, (2011), hay una necesidad de previsibilidad y previsión por parte de los psicoterapeutas en el sentido de saber y entender suposiciones negativas del paciente, que se expresan justamente por cuenta de la inestabilidad existente y presente en relaciones interpersonales, que tiende a manifestarse de igual modo con el terapeuta, que

precisa de tener manejo específico para las ocurrencias opositoras del cliente, sin juicios, reprobaciones o punitivas. En caso de oposición del paciente a propuestas, intervenciones, acciones, a la propia terapia y al psicoterapeuta, el comportamiento debe ser encarado con naturalidad por el analista, pero necesita de contar con conducciones pasibles de observación y percepción del individuo, con el objetivo de que él sea consciente y tenga consciencia de que tal actitud representa perjuicio y que no se presenta como alternativa de beneficio a ningún de los lados, concediendo, a partir de leves sollicitaciones de reflexión, posibilidades de reconsideración, que pueden ser constituidas y justificadas por suaves interpretaciones, de forma a viabilizar retrocesos al comportamiento anterior, con la oferta de oportunidades a nuevos comportamientos, ausentes de culpa ante la vieja conducta, desbloqueados por refuerzos positivos por la no repetición, que precisa de bloqueo e inhibición, tornándose alteración y estampación, iniciativas de terapeutas concededores del trastorno borderline, y, a cima de todo, con ciencia, conscientes, controlados y equilibrados (Sadi, 2011).

El estudio de Sadi, (2011) explicita que, al facilitar los relatos de los pacientes con interjecciones, palabras y frases cortas afirmativas, consecutivas al habla del cliente durante las sesiones, el terapeuta causa impresiones de atención, comprensión y compasión, acciones funcionales a posibilidades de establecimiento de una relación terapéutica saludable, en que los participantes de la terapia llegan cada cual al objetivo esperado. Sadi, (2011) alerta para la facilitación usada por el psicoterapeuta como extinción de determinado comportamiento del cliente, muy empleada por la terapia analítica comportamental con el propósito de remover ideas, pensamientos y sentimientos inadecuados a las reglas de una realidad individual y colectiva común, o descontextualizados de los verdaderos motivos del tratamiento, pues, el portador de borderline puede interpretar tales acciones como descaso, falta de atención, hostilidad o retirada, pasando a accionar de igual modo o con aversión, causando impacto negativo en la relación terapéutica, que, en ese caso, estaría sujeta a la desestabilización y a la inestabilidad, algo que tiende a desmotivar el paciente, porque, el ambiente terapéutico no debe tener semejanzas con el ambiente invalidante de la interacción social de ese individuo.



Los contenidos relativos a la necesidad de recomendación del psicoterapeuta al paciente, aunque sean artificios válidos y pertinentes por cuenta de las habituales negligencias cometidas por los portadores de TPB con respeto a las consultas, a los procedimientos psicoterápicos, a la terapia y al terapeuta, precisan de ser integrados en el momento adecuado y en la situación conveniente, a fin de evitar incómodos capaces de generar conflictos en la relación terapéutica (Sadi, 2011). Cuando recomienda, el psicólogo debe estar consciente de supuestos y posibles desajustes en la relación, consecuencias de las reacciones descontroladas de los pacientes borderline, que precisan de ser inmediatamente revertidas con empatía, de forma que no haya conducta irreversible del individuo en la perspectiva de desestructurar la relación terapéutica y la terapia (Sadi, 2011).

Así como la recomendación, solicitudes del analista en la intención de que el cliente reflexione sobre alguna cuestión no se muestran favorables a personas con trastorno de personalidad borderline, sobre todo en el inicio del tratamiento, por la inconsistencia de ideas y pensamientos, y también por la confusión y falta de caracterización de identidad, condiciones que no permiten contextos de reflexión, algo que puede tornar el asunto en un tema agotador y estresante, y, por más que sea importante tratar a respecto de determinada situación, hay evidencias de fracaso si expuesta a partir de exigencias mentales sofisticadas (Sadi, 2011). La reflexión puede ser accionada por el psicoterapeuta en el intento de alteraciones comportamentales del individuo, cuando hay incidencias significativas de comportamientos perjudiciales, sea en factos de relatos, durante las sesiones y al profesional de psicología, con el objetivo de ayuda y auxilio por parte del psicólogo, en el entendimiento y en la comprensión del paciente acerca de hechos inadecuados, de forma que él mismo consiga ver consecuencias y vislumbrar alternativas de soluciones, acciones que deben ser ejercidas por psicoterapeutas preparados para esas ocurrencias y para la utilización de medios eficaces a la mudanza de comportamiento, sin que las estrategias interfieran contra la relación terapéutica (Sadi, 2011).

Además de la cautela con recomendaciones y solicitudes de reflexión, los terapeutas de pacientes borderline precisan de ser igualmente contenidos cuanto a las cuestiones que envuelven la interpretación de eventos, hechos, relatos, situaciones, condiciones, ideas, asuntos y temas traídos por el cliente, principalmente en las primeras fases del proceso terapéutico, para que la acción no sea precoz y represente impedimentos y obstáculos a los vínculos de establecimiento de una relación terapéutica amistosa (Sadi, 2011). Al interpretar, los psicoterapeutas deben estar seguros de la práctica y conscientes de las reacciones de los pacientes borderline, pues, por presentaren retraso en la conexión de ideas y perturbaciones en el proceso de concentración y comprensión a los actos del otro debido a las disfunciones derivadas del trastorno, hay probabilidad de que la interpretación del terapeuta no alcance resultados positivos, por cuanto, existiendo la necesidad de interpretar, los psicólogos deben hacerlo de forma breve, neutra, empática y sensible, para que el cliente consiga percibir a través de la interacción y del diálogo la real intención del terapeuta, y a partir de tal percepción, se sienta comprendido y acogido en sus dificultades y sus sufrimientos (Sadi, 2011).

La aprobación, en la perspectiva de clientes borderline, contiene, según Sadi, (2011), sentidos y significados relevantes tanto al bienestar del paciente como a supuestos y posibles progresos, porque, al obtener retorno pronto y positivo del analista con respecto a ganancias terapéuticas, el individuo desarrolla capacidades de predisposición a la posibilidad de mejora, se ve motivado y estimulado al desempeño de la mudanza, algo que da consistencia y solidez a la relación terapéutica. El elogio y la concordancia son estrategias convenientes y eficientes para que el psicoterapeuta descubra oportunidades a la satisfacción de la terapia, valorizando todos los puntos fuertes del cliente, ya existentes, adquiridos después de la adhesión al tratamiento, y futuramente conquistados, caso él permanezca y continúe avanzando, actitudes esenciales por el refuerzo a suposiciones de esfuerzo del paciente ante la resolución de cuestiones complicadas, fortaleciendo así, los vínculos terapéuticos, y, consecutivamente, contribuyendo para éxitos venideros (Sadi, 2011).

Sadi, (2011), en su tesis sobre la relación terapéutica, basada en un estudio de caso y en otros estudios semejantes que tienen como foco la relación terapéutica, destaca que los comportamientos de terapeuta y paciente están en consonancia y varían respectivamente de acuerdo a las acciones y reacciones verificadas e identificadas de un para el otro, y que tales variaciones necesitan de clasificación previa por parte de los psicólogos, además de evaluaciones continuas sobre la validez y la eficacia de las estrategias utilizadas, de los procedimientos adoptados y de las intervenciones aplicadas, con el objetivo de adecuar, adaptar y justificar alternativas a la individualidad, particularidad y peculiaridad del paciente borderline, analizando sucesos y fracasos de acciones y de la relación, y reflexionando en qué medida su propio comportamiento auxilia o perjudica el comportamiento del cliente y el tratamiento psicoterápico. Para alcanzar resultados positivos y satisfactorios a la relación terapéutica y a la psicoterapia, Sadi, (2011) explicita que los psicoterapeutas tienen de contar con tácticas provenientes de variadas fuentes, tanto de pesquisas en el área de los servicios como a partir de supervisión de profesionales con experiencia y conocedores del tema borderline, siendo también disponibles, dispuestos y abiertos a la participación activa en eventos e investigaciones en el asunto, iniciativas correspondientes a la actualización, innovación, renovación, formulación y reformulación de metodologías, imprescindibles e indispensables a la ampliación de posibilidades y oportunidades consistentes a los progresos del individuo y de la terapia.

Todavía con respecto a las posibilidades de estabilidad, consistencia y relevancia de la benéfica relación terapéutica a la eficiencia de la psicoterapia, procesos cruciales al alivio de los estados de sufrimiento, al control de la impulsividad y de la inestabilidad y el vislumbre de alternativas concernientes a oportunidades de diferentes comportamientos a diversas situaciones referentes a los pacientes borderline, Sadi, (2011) resalta la importancia relativa al trabajo en conjunto entre el psicoterapeuta actuante en casos borderline y otros colaboradores empeñados en el tratamiento: sea psiquiatras, terapeutas de grupo y otros profesionales, tanto al servicio de un paciente específico como en situaciones semejantes, para que pueda mejorar y perfeccionar métodos y propuestas, con la finalidad proporcionar a la función variadas funcionalidades, elaboradas y

construidas por medio de prácticas ancoradas en experiencia, información y formación creíbles y confiables. Al ejercer la profesión a través de trabajo solitario, como generalmente ocurre con muchos terapeutas, el proceso psicoterápico se torna limitado y no se expande, aunque el psicólogo conozca y tenga experiencia en determinado asunto, pues, cada ser es único, y por ser único, requiere especificidades que necesitan de fragmentos externos, teniendo en vista, especialmente los portadores del trastorno de personalidad borderline, que, considerados difíciles, por Sadi, (2011), entre otros autores, exigen manejo y sensibilidad del terapeuta, actividades que tienden a tener mayor y mejor desenvolvimiento cuando acopladas, creadas y experimentadas a partir de mecanismos advenidos de pesquisas, estudios, investigaciones y análisis de participantes y mediadores promotores al progreso y al suceso de los tratamientos terapéuticos.

Además del trabajo colaborativo en conjunto, Sadi, (2011) expone como opción adicional y promisoras a la acción terapéutica de los psicólogos en servicio psicoterápico, con destaque a los clientes borderline, la disposición y la disponibilidad de sujeción propia al tratamiento terapéutico individual, colectivo o ambos, a fin de buscar, con la ayuda de otros psicólogos, respuestas a las probables inquietudes relacionadas con la profesión y a los pacientes, que no son sanadas con conocimiento, información y formación. Psicólogos que se someten a la psicoterapia suelen intervenir ante comportamientos desajustados de los pacientes borderline con seguridad y autocontrol, de forma que situaciones y condiciones comúnmente incómodas son encaradas con naturalidad, y las acciones subsecuentes no son improvisadas, y sí marcadas por una creatividad providencial, en que los constructos de los abordajes son conducidos por la previsibilidad de los acontecimientos, porque los imprevistos son previstos por la terapia del propio terapeuta, que, en tratamiento, se prepara, y, preparado, no sí frustra ni frustra, sí posicionando claramente en adversidades, destruyendo barreras con la oferta de novedades propicias a la evolución del paciente, con esperanza pero sin expectativas (Sadi, 2011).

## CAPÍTULO IV: IDENTIDAD:

El objetivo de este capítulo es abordar conceptos y teorías con respeto a la identidad, reflexionando, por medio de diferentes estudios sobre el mismo enfoque, acerca de la formación de las ideas del individuo relativas a los aspectos correspondientes a si mismo (Galvão, 2020; Gomes, 2014; Safra, 2009; Genaro Junior, 2008; Diniz & Rocha, 2006; Safra, 1998). Siendo así, se procura analizar el desarrollo de los procesos internos individuales, pasando por conceptos winnicottianos y freudianos referentes al tema, (Safra, 2009; Genaro Junior, 2008; Diniz & Rocha, 2006), bien como tales ocurrencias se manifiestan cuando expuestas a las inevitables interferencias de las acciones externas para la constitución de la identidad (Galvão, 2020; Gomes, 2014; Genaro Junior, 2008; Safra, 1998).

Para explicitar la formación de la subjetividad y caracterizar la evolución de la identidad, se opta por definir la constitución psicológica de la autoimagen bajo los vieses maternos y paternos, (Safra, 2009; Diniz & Rocha, 2006), considerando después de tales descripciones, la participación de los padres en el contexto educacional y académico de los hijos, (Gomes, 2014), así como la importancia de las influencias del jugar para las crianzas, (Galvão, 2020), también citando las funciones ejercidas por la religiosidad a la consolidación de las características concernientes al proceso formativo de la identidad (Genaro Junior, 2008; Safra, 1998). Siguiendo la línea de raciocinio expuesta, el capítulo explora primeramente la constitución de la identidad en la perspectiva de los cuidadores directos (Safra, 2009; Diniz & Rocha, 2006).

LA CONSTITUCIÓN DE LA IDENTIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA RELACIÓN  
CON LOS PADRES:

En el abordaje de Diniz; Rocha, (2006, pp. 125-142), cuya investigación se concentra en la teoría de Winnicott sobre la metáfora del espejo del rostro materno para el bebé, es evidente la preocupación acerca de la existencia del ser, sometida al cuidado materno, en que, ancorados en el propio Winnicott, los autores sostienen que la existencia humana está condicionada a los cuidados y al comprometimiento de la madre, que deben ser estructurados y estructurantes en la tarea de propiciar al bebé y futuro adulto capacidades y potenciales para la real percepción objetiva y subjetiva, caminos efectivos de la verdadera identidad (Diniz; Rocha, p. 126). La propuesta de Diniz y Rocha, (2006, p. 127) contempla inicialmente el estadio del espejo lacaniano, pasando por el espejo mágico con las ilusiones narcisistas, para llegar a los conceptos winnicottianos con respeto al espejo de vidrio, una especie de falso espejo proyectado en la figura materna, hasta llegar a la verdadera identidad en ella misma, establecida y transmitida por la relación madre y bebé.

Freud, (1914/1990), referencia de Diniz; Rocha, (2006, p. 127), en sus posiciones iniciales con respeto al narcisismo, retrata la descubierta de la autoimagen como un fenómeno prioritariamente sexual, en que lo propio cuerpo es contemplado con cargas de autoerotismo, culminando en el amor a él mismo, el llamado proceso narcisista. Lacan, (1949), destaque de Diniz; Rocha, (2006, p. 127), trae a la explicación freudiana la base plausible de la imagen ante el espejo, componiéndola en la idea transitoria entre el real y el imaginario, que, articulada por la cadena de significantes conductores e inductores de la identificación, se torna producto de un supuesto otro, posteriormente integrado y clasificado en aquel desconocido e irreconocible ya conocido y reconocido, representante, reflejo exterior del estereotipo interior.

Diniz y Rocha, (2006, pp. 129-130) argumentan que, para fundar la metáfora del espejo del rostro materno en el individuo, Winnicott busca inspiración justamente

en el estadio del espejo lacaniano, proponiendo como posibilidad anterior a la descripción precedente la imagen del ser reflejada en la imagen materna, pues es la madre la presentación y la representación graduales de las formas constitutivas de lo que debe ser realmente una autoimagen, por el hecho de asegurar con empatía las necesidades físicas y afectivas del bebé. A fin de elucidar las fases infantiles de desarrollo de la constitución de la identidad de acuerdo a los conceptos winnicottianos, Diniz y Rocha, (2006, p. 130) sintetizan los tres momentos metafóricos del espejo por los cuales las crianzas son y están expuestas, y de cuál forma van adquiriendo conciencia objetiva y subjetiva.

Para Diniz; Rocha, (2006, pp. 130-133), los momentos fundamentales, cruciales y esenciales a la evolución de la identidad empiezan en el denominado espejo mágico, que es donde, en la concepción de Winnicott, a través del adulto humano, en el caso generalmente la madre, que el ser tiene sus primeros contactos con aquello que vendrá a apropiarse de la propia imagen, que, en este período, se manifiesta ante el reconocimiento del rostro materno. Configurado por la figura que ofrece, atiende, cuida, protege y satisface. Diniz y Rocha, (2006, pp. 131-133), apoyados en Freud, Lacan, Winnicott, entre otros investigadores, reiteran esta etapa como parte inherente de una busca de la madre, que, posicionada en su ideal del ego, transmite seguridad y confianza, además de parecer personaje perfecto, por querer la perfección y así, intentar demostrarla a los hijos.

Siguiendo las pistas abordadas por Diniz y Rocha, (2006, pp. 133-136), después del proceso mítico de la ilusión y de la omnipotencia de una madre perfecta y exclusiva, las crianzas experimentan el instante de las frustraciones y desadaptaciones, naturalmente decurrentes de las imperfecciones y fallas maternas: una etapa de transición entre las descubiertas ya hechas y las que están por venir, modificando las características de la imagen conocida, que es visible con todas sus matices, ocurrencia desencadenante para el pasaje a la metamorfosis siguiente, referente al conocimiento y reconocimiento de la autoimagen. Con la finalidad de atribuir sentido a la metáfora del espejo vidrio, Diniz y Rocha, (2006, pp. 134-135) se valen de la presencia paterna, detallada más adelante en este trabajo, que funciona

como un soporte protector y proveedor para la madre y para el bebé, que necesitan de asistencia durante ese período, que suele ser marcado por exageraciones y excesos infantiles y maternos, donde comportamientos de agresividad son verificados en las crianzas, de la misma forma que puede haber apego demasiado por parte de las madres, a fin de que haya una separación saludable sin perjuicios y daños a nadie, proporcionando así secuencias favorables a los pasos sucesivos del curso normal del desarrollo y de la evolución de la identidad.

De acuerdo a Diniz; Rocha, (2006, pp. 136-137), deficiencias en el transcurrir de las metamorfosis pueden ocasionar la falsa identidad, una constitución subjetiva adquirida por imposiciones de sumisión, por ejemplo a la imagen materna, de la cual el ser no consigue sí liberar, causas que culminan en desajustes considerables en diversas situaciones durante toda la vida. Diniz y Rocha, (2006, pp. 136-137) señalan que, aunque la falsa identidad sea y esté presente en varios aspectos de la condición humana, no debe ser dominante en acciones y comportamientos, porque tal conducta perjudica la individualidad y la participación colectiva, ya que el individuo, por desconocer la verdadera identidad, algo que generalmente es aprendido y desarrollado en la infancia por cuenta de un ambiente desfavorable, conforme el concepto winnicottiano, resaltado por Diniz y Rocha, (2006, pp. 136-137), suele presentar una imagen mítica, diferente de lo que realmente es, pero como le gustaría de hubiera sido, condición generadora de confusiones y dificultades, sobre todo en los obstáculos y en las adversidades.

Para llegar al espejo verdadero y la verdadera identidad conforme la visión winnicottiana, Diniz y Rocha, (2006, pp. 138-139) aseguran que la crianza necesita de estar insertada en un ambiente acogedor y seguro, donde le sea propicio experimentar satisfacciones y frustraciones y que pueda manifestarse sin la interferencia del miedo y de la culpa, a fin de que consiga percibir la separación de la madre como un proceso normal y natural, adaptándose a los nuevos recursos ofrecidos a partir de la creatividad por la cual encuentra medios de ser y de existir de forma total, efectiva e integral. Ese formato entero de la constitución de la propia identidad es posible, como refuerza Diniz y Rocha, (2006, pp. 138-139), cuando la



imagen materna, que es lo cerne de la representación y de la condición humana, actúa en conformidad con necesidades y experiencias, garantizando real acceso y permisión a la originalidad, que debe ser trabajada a través del cuidado y de la atención, y que también precisa de respeto colaborativo por parte de esa madre, que, además de atender y proteger, debe ser capaz de entender e interpretar

Safra, (2009, pp. 77-89), cuya pesquisa se basa en registrar la función del femenino y del masculino para la constitución de la identidad bajo la perspectiva winnicottiana, trata de describir la representación de los géneros y el papel desempeñado por cada uno para la formación psíquica del individuo, que, según Safra, (2009), confirmado por Winnicott, debe contar con peculiaridades específicas que están presentes, cada cual con sus características, presentándose con diferentes finalidades para diferentes necesidades. Para iniciar la discusión sobre las cuestiones que engloban el lugar determinante del femenino y del masculino, Safra, (2009, pp. 77-78) aborda en primer lugar el seno, pues es por él y a partir de él que el bebé establece relación con el mundo externo: a principio, por el servicio a las necesidades, y después, por las descubiertas de satisfacción y frustración derivadas de la variedad de experiencias equivalentes a la presencia y a la ausencia del seno, que hora está hora no está, algo que da espacio a las secuencias de causas y consecuencias resultantes de acciones y reacciones que van siendo desencadenadas y administradas por el infante con el auxilio materno, que es mediador de las condiciones y de las situaciones correspondientes al desarrollo general y a la evolución de todos los aspectos relativos al proceso madurativo del ser.

Conforme Safra, (2009, p. 78), mencionando Winnicott:

Tanto la figura materna cuanto la paterna son fundamentales, esenciales y relevantes para la definición de la identidad del sujeto, porque, a través de los vínculos obtenidos y mantenidos entre hijos y padres es generado el vivir llamado por Winnicott de creativo, respaldado inicialmente por la esencia femenina clasificada por el acto de ser, y por la masculina en el hacer.

Partiendo de ese presupuesto, con el objetivo de sintetizar tal afirmación, Safra, (2009, p. 78) se vale de las propuestas winnicottianas del gesto y del ser,

donde los gestos componen y dirigen posibilidades integrativas de la realidad, proporcionando capacidades y oportunidades a la caracterización de la subjetividad y de la objetividad personal, que es justamente el ser.

A fin de resaltar la importancia de la presencia femenina y masculina para una formación adecuada de la identidad, Safra, (2009, pp. 78-79) apunta que fallas ocurridas y recurrentes en el transcurrir de las fases madurativas pueden causar diversos perjuicios a la constitución de la subjetividad y de la objetividad, pues, para que la identidad adquiera apropiaciones y propiedades satisfactorias, el ser humano necesita de un ambiente acogedor y correctamente intervencionista, siendo marcado por las particularidades existentes en el femenino y en el masculino, porque, a partir de la interacción armoniosa entre los dos polos, la crianza tiende a identificar el medio externo con claridad y percepción, y, como consecuencia favorable, hay la predisposición positiva a la construcción saludable de los fenómenos correspondientes a cuestiones objetivas y subjetivas.

En el inicio de la vida humana, según Safra, (2009, pp. 178-181), reforzado por Winnicott, hay estadios primordiales que funcionan como recursos mediadores a la pertenencia individual y singular, compuestos en el ámbito del imaginario, en que todos los factores disponibles están subordinados a la sexualidad, esto es: por medio de las características maternas y paternas el ser experimenta situaciones y condiciones propiciadas y atribuidas por cada género, de forma que absorbe los contenidos ofertados como actividades referentes a la identificación también con su realidad sexual, revelada y demostrada por preferencias, acciones y comportamientos. Para Winnicott, enfatizado por Safra, (2009, pp. 78-81), las oposiciones contenidas en el modelo de la madre y del padre contribuyen, cada cual con sus especificidades y especificaciones, para la concesión de momentos de quietud, proporcionados por la conducción femenina, y de inquietud, por la conducción masculina, ambos los movimientos imprescindibles a la estructura del objetivo y del subjetivo, obtenida por el equilibrio entre las dos ambivalencias, paradojas íntimamente ligadas por la originalidad de la identidad.

Safra, (2009, pp. 82-83) subraya la triangulación padres e hijos como herramienta indispensable desde el período de concepción, porque, para el autor, citando Winnicott, la crianza precisa de sentir que existe por cuenta del amor entre el casal, y que su nacimiento se dio en consecuencia de esa unión, debiendo tener la sensación de que ha sido planeada. Françoise Dolto, referencia de Safra, (2009, p. 82), explicita que los seres generados apenas de un encuentro erótico, nombrados por ella de “hijos del calor”, suelen presentar dificultades psicológicas justamente por la ausencia de un ambiente sólido y acogedor, donde la falta, por tener de ser sustituida de algún modo, la presencia, por más que sea intencional en el sentido de atender a las necesidades infantiles, no suministra adecuadamente las exigencias concernientes a las cuestiones que envuelven la evolución y el desarrollo de la mentalidad humana.

Aunque sea innegable la importancia de la permanencia materna constante y continua a la madurez saludable, el tercero elemento, condicionado a la persona paterna, también es fundamental, pues, al contar con el padre, la madre puede estar disponible para ejercer la real función de la maternidad primaria, que es de acuerdo con la teoría winnicottiana, mencionada por Safra, (2009, p. 83), el período de dependencia absoluta del individuo, en que él necesita casi que exclusivamente de cuidados intensivos y entera dedicación, supuestas imposiciones que van siendo atenuadas y modificadas a la medida que el padre es, está y se hace presente, viabilizando alternativas diversificadas a la interacción y a las experiencias, ampliaciones que permiten seguridad y sustentación a todos los miembros, donde cada uno tiene su lugar bien posicionado en la triangulación. Safra, (2009, pp. 83-85) describe la unión del casal como un punto regulador ante las fantasías edípicas, ya que, al observar y percibir estabilidad en la relación entre los padres y en las intervenciones dirigidas cuanto a funciones y objetivos, la crianza toma conciencia del amor existente y ofertado y pasa a administrar libremente las adversidades y frustraciones sin temor de rechazo, porque reconoce en las condiciones presentadas por los padres un ambiente indestructible, construido y fundado en la armonía y en la confianza, y nada es capaz de romper los vínculos y los lazos de conexión entre los tres.

Según el análisis de Safra, (2009, pp. 85-86), tanto las niñas cuanto los niños, conforme van adquiriendo noción de que cada uno es único e independiente surge en ellos el proceso de castración, una forma de alivio experimentado en detrimento del amor, que es sentido, pero que no puede ni debe contar con todas las fuerzas y excitaciones provenientes en ese sentimiento, y por eso, tales manifestaciones son restringidas a respuestas advenidas de inhibiciones y represiones de deseos y fantasías, asociadas a variados artificios que son utilizados y empleados para compensar y recompensar eventos inadmisibles a la condición cultural humana. Al establecer bloqueos a los impulsos psíquicos característicos de un amor primitivo, expresión denominada por Winnicott, citada en Safra, (2009, pp. 85-86), referente a la voluntad de posesión, el individuo encuentra en las insatisfacciones y privaciones justificativas y soluciones para taponar la imposibilidad de realización, providenciando a las frustraciones una especie de muerte anunciada del otro, representado por los padres, y de él mismo ante los fenómenos desproporcionales a la interacción social, resignificando los sentidos de los sentimientos a un nivel coherente a la subsistencia en el mundo; medios que, se insertados en un ambiente pleno y organizado, ocurren naturalmente sin futuras complicaciones.

Al finalizar la reflexión sobre la relevancia de la posición de género a la construcción y a la formación de la identidad, Safra, (2009, p. 86), además de enfatizar la convivencia con la madre y el padre como matriz directa de ligación a las funciones constitutivas de objetividad y subjetividad, postula las cuestiones culturales por las cuales el ser está expuesto, componiéndolas en el territorio de destaque con respeto a las influencias ejercidas por los diversos movimientos oriundos de esos aspectos, que, de igual modo, contribuyen para la identificación con el femenino y el masculino, sea en igualdad o diferencia. En síntesis, Safra, (2009), al enfocar el proceso madurativo winnicottiano para elucidar la clasificación de pertenencia de acuerdo al género, torna claro lo que ya parece obvio, reiterando posibilidades y capacidades adquiridas por el ambiente externo, que, en contacto con los procesos internos, se consolidan, dando originalidad a la identidad del ser humano.

## INTERFERENCIAS SIGNIFICATIVAS PARA LA CONSTITUCIÓN DE LA IDENTIDAD:

Galvão, (2020, pp. 2-3), al abordar la educación como un derecho humano, apunta, mencionando para basar el análisis Mead y Joas, investigadores de psicología social, cuestiones cruciales para la estructura de la subjetividad, que están ligadas a la creatividad infantil en las acciones de las bromas y de los juegos, que es resultante de experiencias adquiridas por la sociedad, a través de los padres, de los profesores y de los pares, que contribuyen con la creación, la reproducción, la producción y la realización de estas actividades, grandes auxiliadoras a las condiciones equivalentes a la proyección del él mismo. Conforme Galvão, (2020, pp. 2-3), durante la infancia, los individuos van sufriendo mutaciones en su modo de ver el mundo, que, igualmente ocurren con relación a la autopercepción, las cuales respetan y obedecen a las jerarquías referentes al mí y al yo respectivamente, en que el mí se origina de los reflejos obtenidos y contenidos en el medio externo, modelando, a partir de posibilidades y oportunidades naturalmente compuestas por las interacciones con el otro, las variadas formas de autoidentificación integradas al social, y el yo, por otro lado, se asocia a componentes vueltos al interno, que, mismo influenciado por factores externos, condiciona las acciones y la visión a la individualidad.

Conforme la exposición de Galvão, (2020, p. 3), con respecto a bromas y juegos desde las perspectivas de Mead y Joas, cuando la crianza se utiliza de tales actividades, además de participar, crea y reproduce, de acuerdo al desarrollo de competencias y habilidades, instauradas por el medio social y por aptitudes naturales adquiridas por la evolución del sistema psicobiológico, condiciones

favorables a la manifestación y a la ejecución correspondientes al acto de bromear y de jugar, tareas imprescindibles e indispensables a la real formación de la subjetividad y a la total constitución de la identidad. Al componer el lúdico como comportamiento primordial a la caracterización y a la definición de las propiedades concernientes a las funciones presentes en los contenidos subjetivos, Galvão, (2020, p. 3) refuerza la importancia de propiciar ambientes adecuados, adaptados y satisfactorios a la promoción y a la realización de prácticas específicas destinadas a las bromas y a los juegos, pues, es a partir de ese espacio y de ese tiempo, dedicados al imaginario y a la creatividad, que los seres aprenden y aprehenden, encontrando en tales acciones alternativas para la ampliación de nuevas posibilidades, oportunidades y capacidades, resultados que auxilian en el enfrentamiento de adversidades y obstáculos futuros.

Otro tema relevante para la constitución de la identidad, con base también en cuestiones que envuelven la educación, es la participación de los padres en la vida académica de los hijos, apuntamiento expuesto en la tesis de Gomes, (2014), que, aunque tal destaque no sea significativo o representativo para el presente análisis, tiene validez y consistencia para las posibilidades de definición a la constitución de la identidad, por el facto de reflexionar la formación de la subjetividad humana bajo los vieses familiares y educacionales, que, según el autor, ejercen gran responsabilidad en las apropiaciones y propiedades de la identidad educacional de los individuos, contribuyendo así con la construcción de bases firmes y fuertes para la consolidación de las características formadoras y permanentes de la constitución de la mentalidad humana, ya que, según el investigador, basado en variados estudios, la identidad depende, entre otros factores, del dialogismo con el otro, pues, es por medio de las interacciones existentes y de las experiencias vividas que el ser se incluye y se integra real y verdaderamente en la sociedad, y que consigue adquirir las peculiaridades de su individualidad subjetiva, contenido considerable a la fundamentación de este capítulo, que procura elucidar y categorizar teorías e ideas sólidas, equivalentes y coherentes al asunto. En esa perspectiva, Gomes, (2014) al analizar diálogos de adolescentes estudiantes de la educación técnica vocacional de una institución de Bahía, constata, a partir del levantamiento de datos metodológicos seleccionados para relevancia de la pesquisa, que los alumnos reconocen la

importancia de la presencia de los padres, tanto en sus vidas académicas cuanto en la vida de manera general, asumiendo que son lo que hoy son debido a las interferencias ejercidas por los cuidadores, que, según ellos, mencionados por el autor, protagonizan todo el proceso de conciencia y concientización mental y psíquica de tales personajes, facilitando, por medio de la constante comunicación, a la construcción de ideas, a la formulación de conceptos y a la resolución de problemas y conflictos.

Así como la familia ejerce influencia durante toda la constitución de la identidad, desempeñando papel crucial principalmente en las fases iniciales, (Safra, 2009; Diniz & Rocha, 2006), también interfiere en otras disposiciones presentes en la identidad, como es el caso de la educación, (Gomes, 2014), parte fundamental de la subsistencia humana, y también de los aspectos relacionados con las creencias, (Genaro Junior, 2008; Safra, 1998), correspondientes a la religiosidad, a la espiritualidad y a todos los soportes equivalentes al sagrado, destinados al equilibrio y a los valores dogmáticos, presupuestos válidos y valiosos para ciertas y determinadas comunidades. Individuos que cuentan con padres psicológicamente saludables, preocupados con el desarrollo y la evolución de los hijos en todos los sentidos y dedicados a la formación del crecimiento biológico, psíquico, social y personal de estos, tienden a seguir ejemplos y consejos de tales cuidadores, buscando caminar de acuerdo a los principios aprendidos, que, a los pocos, van siendo integrados a los propios ideales, construidos por los sujetos a partir de las experiencias y de los conocimientos adquiridos, los cuales afirman y fortalecen las características de la identidad, que son y están agregadas al curso evolutivo humano, modelando todas las etapas de la existencia, que van desde el nacimiento, (Safra, 2009; Diniz y Rocha, 2006), hacia al período académico, (Gomes, 2014), repercutiendo en las transiciones entre creencias, religiosidad y espiritualidad, (Genaro Junior, 2008), condiciones contempladas por la adquisición del sagrado, (Safra, 1998).

Conforme el análisis de Gomes, (2014), es a partir de la relación mantenida con los padres, que los seres se preparan para el ambiente educacional, y que

encuentran diferentes posibilidades y oportunidades en la escuela, tanto en el ámbito de la enseñanza y del aprendizaje, cuanto con profesores y pares, pues reproducen modelos y prototipos del hogar para los demás medios sociales, accionando y reaccionando según las formas habituales adquiridas en el formato familiar, cuya nueva realidad, aunque también traga novedades considerables y esenciales a las competencias y a las habilidades necesarias a la organización y al funcionamiento del aparato psíquico, cuenta sobre todo con artefactos ofrecidos y fornecidos por los miembros presentes y participantes del cotidiano, los principales responsables por la estructura y estructuración de componentes mentales proporcionales a los pensamientos, a los comportamientos, a las ideas, a las ideologías y a los contenidos concernientes a la ejecución. Algo en común con los estudiantes pesquisados por Gomes, (2014), es la forma de reconocimiento de todos los adolescentes a los esfuerzos y a la dedicación de sus padres en relación a ellos, mismo admitiendo puntos negativos en decisiones e iniciativas de los progenitores, cuando destacan errores e intentos con el único objetivo de beneficio, confirmando las hipótesis afirmativas de que hay proyecciones a la imagen materna y paterna en todos los constructos establecidos en la individualidad humana.

Al abordar cuestiones relativas a creencias, Genaro Junior, (2008) sintetiza igualmente la importancia de la participación familiar para la constitución de la identidad y de la subjetividad, resaltando, para basar la pesquisa, un estudio de caso con respaldo materno pautado en la religión, cuyos ideales de vida se localizan enteramente en fundamentos espirituales, los cuales rigen las especificidades presentes en la individualidad del investigado, haciendo con que él dirija su existencia a esa finalidad, corroborando la condición de la autoimagen focalizada en la madre, detentora de tales artificios, engendrados automáticamente en la mentalidad del ser, que pasa a incorporar para sí los mecanismos frecuentemente empleados por el objeto materno como ciertos y adecuados, pues en esa perspectiva, hay una identificación con actitudes y comportamientos espontáneos del modelo de ejemplo, que sigue repercutiendo como realidad original del individuo, que organiza sus estrategias con base en los principios sobrenaturales subordinados a la función materna. Partiendo del punto de las referencias e interferencias propiciadas por la presencia simbólica de la religión conferida por la cuidadora del



sujeto, conforme describe Genaro Junior, (2008), es relevante destacar el sagrado, también mencionado en Safra, (1998), que está representado por cuestiones relativas a la religiosidad, ultrapasando tales presupuestos, que alcanzan fenómenos equivalentes a lo inalcanzable y a lo intocable, restringidos a una especie de permisión inaccesible, que, al ser disparada, converge con lo que se quiere y diverge de lo que se tiene, donde concordancia y discordancia asumen papeles preponderantes en la clasificación de aquello que se cree indiscutible e impermeable, funcionando como discrepancias, muchas veces inconscientes por parte de quienes las poseen, por la simple reacción automática de acciones subsecuentes advenidas de esa naturaleza, practicadas por aquellos que son y están próximos, dando y recibiendo afecto, promoviendo resultados condicionados y determinantes a las características predominantes de la instauración de los procesos correspondientes a los factores relativos a las posibilidades de conducción introductoria del repertorio propio y apropiado a las actividades objetivas y subjetivas del ser humano.

## CAPÍTULO V: LA IDENTIDAD DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

Retornando al ejemplo de Genaro Junior, (2008), cuya religiosidad fue e hizo parte desde el inicio de la vida del integrante estudiado, vale señalar que hay en el comportamiento del sujeto grados de psicosis, los cuales están relacionados con la religión de pertenencia, por el hecho de contener asociaciones directas e indirectas con artificios ligados a la fe y a las creencias, interfiriendo negativamente en los fenómenos derivados a los contextos sociales y emocionales, causando perjuicios importantes y significativos en varias circunstancias individuales y colectivas, que, mismo sin una percepción clara, quiere del propio ser quiere del otro con respeto a

los factores condicionantes, las hipótesis carecen de ocurrencias naturales y reales, ya que son cargadas de procedencias que se encuentran fuera de la realidad, justamente por la ausencia de fortalezas capaces de sostener las ideas y los ideales de mundo, pues estos están conectados puramente a los artefactos predispuestos e impuestos por la religiosidad, siendo apartados de las condiciones de normalidad compuestas por los modelos sociales, generando catástrofes externas e internas, decurrentes de las extremas divergencias entre lo que es socialmente aceptable y lo que es registrado por la mente caracterizada por preceptos religiosos, fuerzas estas que van perdiendo movilidad para el campo de las certezas y de las dudas, ocasionando confusiones, inconsistencias y desajustes en todo el proceso madurativo, lo que confiere inestabilidad y desestabilización en actividades, expectativas y relaciones. Conforme Genaro Junior, (2008), el individuo descrito en el análisis siempre ha contado con la fuerte religiosidad de la madre durante toda la jornada de constitución de la identidad, y, por ese motivo, enfrenta dificultades en el curso de la vida, por haber sido condicionado a regir toda su trayectoria de acuerdo a tales actitudes, que se muestran desfavorables a muchos recursos, que, mediados por tales constructos, son desviados de los actos considerados comunes, imponiendo límites a las estrategias y a las direcciones, que tienden a generar problemas frecuentes en diversos aspectos temporales, perjudicando las etapas personales por cuenta de la escasez de posibilidades ante las reacciones esperadas por la humanidad como un todo, que son frustradas tanto por parte de quienes las ejecutan cuanto por los que son víctimas de algún modo de las insatisfacciones propagadas por estos seres, ya que las opciones presentes en el repertorio individual de aquellos que se moldean por la religión son siempre limitadas a tales principios, algo que dificulta la consolidación de experiencias saludables y la regulación benéfica del funcionamiento real y normal del sistema psíquico, los cuales comprometen grandemente oportunidades de posicionamiento ante la vida y el mundo, que reciben y entienden tales quesitos y requisitos como desórdenes, disturbios y trastornos mentales, consecuencias advenidas de la falta de adaptación del ser a los paradigmas convenientes por las comunidades y del deseo de sustitución a las situaciones disponibles a las impuestas por las demandas sub entendidas por él como verdad absoluta, desfavoreciendo así la reciprocidad mutua, que es reforzada a partir de respuestas y correspondencias negativas registradas por ambas las partes, pudiendo llevar a traumas y desencadenar funciones

psíquicas desajustadas y desintegradas de los conceptos considerados como normales y coherentes a las relaciones y a las actividades humanas.

Otra cuestión envuelta entre las posibilidades de consecuencias para los trastornos mentales está mencionada por Baseggio, (2011), en artículo publicado sobre el prejuicio derivado del abandono de los padres a los hijos para la constitución de la identidad de estos, que identifica, por medio de un estudio de caso basado en las teorías de Freud, Green y Winnicot, graves fallas en la clasificación del yo, verificadas por la ausencia de múltiples recursos por parte principalmente de la madre y también del padre, que, al desvalorizar la realidad de la primera infancia, negando oportunidades y posibilidades de cuidado, afecto y amor, aunque de modo inconsciente, causan daños desastrosos al desarrollo del individuo, que, por no ser cuidado y amado adecuadamente, necesita de crear mecanismos propios para satisfacer necesidades no atendidas, mismo sin adquirir suficiente madurez, lo que presupone la tendencia al enfrentamiento de dificultades en variados niveles durante toda la vida (Baseggio, 2011, pp. 2-3). Baseggio, (2011, pp. 3-4) sostiene que el sentimiento de abandono, proporcionado por orfandad o desamparo, genera en el ser sensaciones de vacío, experimentadas en el curso de la existencia, rellenado por condiciones y situaciones favorables a la repetición sucesiva de ocurrencias sustitutivas a los procesos de negligencia infantil, por el hecho de no haber sido instaurada la inversión y el interés por parte de los cuidadores a quien precisa indubitablemente de apoyo incondicional, exactamente en las fases iniciales de la evolución, las cuales son los momentos cruciales para la formación concreta de la subjetividad, de la individualidad y de la identidad.

Baseggio, (2011, pp. 4-5) refuerza que la falta de la madre suficientemente buena, bien como de la sustentación y del ambiente facilitador propagados por Winnicott para la realidad saludable de la madurez, generalmente propiciada por padres psíquicamente enfermos, que no tienen condiciones psicológicas para promover seguridad, confianza, potencialidades y amor, actúa como responsable por las marcas que van si caracterizando con el transcurrir del tiempo, y, a los pocos, ganan aspectos de síntomas, de traumas y mismo de enfermedades mentales y

psíquicas, que, de acuerdo al grado de evolución, las cuestiones se tornan insustentables, al punto de no pudieren más ser justificadas. Bazeggio, (2011, pp. 4-5) compara la madre ausente con la simbología de la madre muerta, afirmando que ambas ejercen función semejante, o sea: además de la privación a una realidad infantil normal, por la insuficiencia de la prestación asistencial y afectiva, hay también en las dos condiciones ausencias en la oferta de oportunidades a experiencias cotidianas, donde no puede haber la real estructura psicológica humana.

La pesquisa de Miura; Naffah; Paixão; Redondo, (2011, pp. 43-66), referente a la constitución de la identidad de personas víctimas de violencia a partir del enfoque winnicottiano,

Elucida, *ibid* (p. 44), citando Espinosa, (1677/ 1973), qué actos de violencia actúan significativamente y de forma negativa en las funciones de potencia individual, provocando perjuicios devastadores a la subjetividad humana, y, entre muchas otras consecuencias, se identifica el desconocimiento y el no reconocimiento del propio, daño que interfiere drásticamente en acciones y reacciones ante la vida y el mundo. Miura et al., (2011, pp. 45-46), con base en diversas pesquisas, enfatizan la agresión como acto sucesivo, esto es: de acuerdo a los datos investigados por los autores, hay gran probabilidad de que agresores también hayan sido agredidos y, por esa razón, y en consecuencia de ella, atacan como una práctica injustificada de situaciones recurrentes en el pasado, sugestión que puede tener fundamento, conforme Miura et al., (2011, p. 45), mediante a fallas advenidas de la teoría del vínculo defendida por Bowlby, indicando que negligencia, ausencia y precariedad por parte de los cuidadores durante la fase precoz trae maleficios y perjuicios a la organización de los componentes internos, generando disfunciones provocadas por traumas sujetos a la atracción del mismo comportamiento con herederos y sucesores.

La variedad de psicopatologías, caso de los trastornos de personalidad borderline y antisocial, entre otros, es, como describe Miura et al., (2011, p. 45), preocupación recurrente de profesionales de la salud mental en el intento de

comprender las causas oriundas del apareamiento de tales desórdenes, que tienen y contienen ligaciones directas e indirectas con características proporcionadas por ambientes inadecuados e insatisfactorios, condición insuficiente a la real integración individual, por cuenta de traumas generados a partir de abuso, violencia y otros mecanismos desfavorables a la caracterización de la verdadera identidad. Así siendo, Miura et al., (2011, p. 46) basados en la teoría del desarrollo emocional y de la maduración de Winnicott, sintetizan que crianzas expuestas a factores carentes de cuidados, afecto y responsabilidad en el servicio a sus necesidades físicas, emocionales y psíquicas tienden a presentar fallas en cuestiones objetivas y subjetivas, con posibilidad futura de venir a tornarse también agresores, fruto de la agresividad a la cual estuvieron posicionadas, o a sufrir como adultos los mismos tipos de abuso de la infancia, justamente debido al hecho de espejarse situaciones anteriores, verificadas por medio de ocurrencias recurrentes, pues estos seres poseen capacidades inherentes al propio autoconocimiento y autorreconocimiento, incapacidades a la mimetización de conductas, ejemplo bien dispuesto en el análisis de caso de una paciente borderline retratado por Miura et al., (2011, p. 46).

Miura et al., (2011, p. 47) exponen la importancia de la familia para el desarrollo y la constitución de la identidad a partir de la propuesta winnicottiana de integración y desintegración, enfatizando que el individuo consigue adquirir totalidad e integridad a los contenidos necesarios a la formación subjetiva adecuada cuando cuenta con padres psicológicamente estructurados, ofreciendo así todos los materiales fundamentales y esenciales para la maduración saludable, lo que no suele ocurrir en la situación contraria, pues, la desestructuración familiar impide la realización correcta de los procesos concernientes a la identidad, por el hecho de no ser ofrecido un ambiente consistente y seguro, siendo por esa razón denominada de desintegrador. La desintegración provocada por un “ambiente social enfermo e inmaduro”, palabras de Winnicott destacadas por Miura et al., (2011, p. 47), causa daños graves, originando desajustes mentales y psíquicos, los cuales, entre ellos están los trastornos de personalidad, consecuencias sintomáticas identificadas durante toda la existencia del individuo, presentes en comportamientos y relaciones interpersonales.

De acuerdo a la pesquisa de Miura et al., (2011, pp. 48-50), la ausencia de cuidados evidente en ciertos ambientes familiares se debe probablemente a la misma condición vivenciada por los padres, que, por el facto de supuestamente no haber sido cuidados adecuadamente, no aprendieron y no saben cuidar, proporcionando al bebé, por ese motivo, estructuras ineficientes que lo imposibilitan de seguir el curso evolutivo normalmente atingido por individuos que adquieren experiencias basadas en la sustentación, en la confianza y en la seguridad. Winnicott, referido por Miura et al., (2011, p. 50), resalta que, por no contar con condiciones y situaciones favorables y providenciales a un desarrollo propicio, satisfactorio y saludable, el individuo presenta diversas distorsiones en la caracterización del ego, que resultan en variados problemas de orden psíquica y mental, verificados en la organización de una falsa identidad, marcada por excesos de defensa, confusión en la autoimagen y falta de objetivos en realizaciones.

Winnicott, citado por Miura et al., (2011, pp. 51-52), resalta que entre el proceso de la integración y de la desintegración se tiene todavía el estadio de la no integración, el cual representa las condiciones de las agonías impensables winnicottianas relacionadas con un vacío existencial, donde el ser no consigue percibirse como integrante integral en el mundo en que vive, accionando y reaccionando sin convicciones, adoptando medios desproporcionales a los variados tipos de situaciones en las cuales es expuesto. Winnicott y Naffah, (2007/2010), menciones de Miura et al. , (2011, pp. 52-56), son destacados en la pesquisa de los autores con la finalidad de revelar divergencias existentes entre la constitución de la verdadera y de la falsa identidad, que obedecen concomitantemente a los caminos tomados por todo individuo que van desde el período inicial de la concepción y perduran durante toda la existencia, y suelen alcanzar niveles distintos cuanto a las experiencias y escojas en el transcurrir de la vida, pues, a pesar de ambas siguieren el curso de las transformaciones, actúan respetando los aprendizajes ofertados, adquiridos y obtenidos en las fases de madurez, que, aunque la verdadera y la falsa identidad coexistan simultáneamente, en la prevalencia de un ambiente saludable, acogedor, facilitador, seguro y confiable, la verdad de la identidad tiende a manifestarse de modo integrado y frecuente, con actitudes ordenadas y

organizadas, mientras la permanencia de la falsa identidad, caracterizada por irresponsabilidades, negligencias, abandono, abusos, entre tantos otros aspectos desfavorables ejercidos por cuidadores, condiciona el sujeto a una variedad de contextos maléficos y perjudiciales a la fundamentación de la objetividad y de la subjetividad.

Según Winnicott, complementado por Naffah, (2007/2010), en: Miura et al., (2011, pp. 52-56), la falsa identidad responde principalmente a dos componentes, siendo ellos el relativo al mundo interno, en que es predominante el comportamiento introvertido, vuelto casi que exclusivamente al propio yo, y aquel que atiende y sirve al ambiente externo, valiéndose de él para construir y elaborar estrategias individuales de sobrevivencia. Obviamente, el interno y el externo están destinados a la dependencia mutua de un para el otro, pero, conforme énfasis de Miura et al. , (2011, pp. 52-56), en el caso de la falsa identidad dominante, se verifica excesos cuanto a la introversión y a la extroversión en demasía, ya que, mientras el excesivamente introvertido excluye el medio externo, y, consecuentemente, también se excluye de él, el extremadamente extrovertido hace el camino inverso, si moldeando y si modelando a reglas impuestas por el mundo externo, dando importancia mínima a la autoimagen ante él propio, porque, para este tipo de individuo, es apenas el externo que gobierna acciones, actos y actitudes, de forma que no tienen posicionamiento concreto sobre prácticamente nada con relación a sus propias vidas.

Winnicott, así como Naffah, (2007/2010), referencias de Miura et al., (2011, pp. 52-56), citan la prevalencia y la permanencia constante y continua de la falsa identidad atribuida a una falsa identidad patológica, por el facto de ser y estar condicionada específicamente a factores internos o externos sin conexiones mediadoras entre ellos, características representantes de los trastornos psicológicos, psíquicos, mentales y de personalidad, bastante comunes a los diagnósticos de psicopatías, narcisismo, aspectos antisociales, esquizoides y los del tipo limítrofe, interés del análisis de caso en cuestión bien como de este presente trabajo. Se hace necesario explicitar, de acuerdo a Miura et al., (2011, pp. 52-56), mencionando

Winnicott y Naffah, (2007/2010), que cada disturbo presenta sus particularidades, y que, en tratándose del borderline, dos subtipos son vigentes para categorizar la definición: esquizoides, inclinados al aislamiento social y los denominados “como si”, determinados por aquellos que obedecen al externo y lo tienen como regentes de sus existencias.

Los conflictos existentes entre la verdadera y la falsa identidad son evidenciados por Miura et al., (2011, pp. 56-58), a través de la ausencia del espejo vivo presente en la teoría winnicottiana del desarrollo emocional, que se refiere a las fallas provenientes de las etapas de dependencia absoluta y relativa, donde los seres no son adecuadamente percibidos, observados y cuidados, y por esa razón, no aprenden ni aprehenden los contenidos necesarios a la obtención de los componentes responsables por la objetividad y por la subjetividad, y siguen mimetizando personas y situaciones de acuerdo a aquello que juzgan esencial o mismo perjudicial, sea cuanto a la autoimagen sea cuanto a recurrencias anteriores, que de alguna forma tuvieron interferencias negativas o positivas y se repiten sucesivamente, justamente en consecuencia de la falta de estímulos por parte del ambiente familiar, que, por no suministrar las necesidades básicas y no proporcionar posibilidades para la creatividad, seguridad, confianza y sustentación, genera desajustes en la formación y en la progresión de las propiedades contempladas por la identidad, que, a pesar de desarrollarse, se desarrolla de manera deficitaria y comprometida, causas que afectan la afirmación y la integración de la individualidad en todos los aspectos inherentes a la participación social y colectiva. Miura et al., (2011, pp. 58-62) traen, para especificar y comprobar las dificultades enfrentadas por personas que sufren con la falsa identidad patológica, un estudio de caso de una paciente borderline del tipo como si, que, por haber sido abandonada por los padres, y, como previsible, no haber sido creada por ellos, son y están presentes en su histórico de vida, diversos puntos cruciales que denotan explícitamente mimetizaciones y simbiosis, caracterizadas y acompañadas por disfraces enmascarados de conducta y de comportamiento adoptados para defender la verdadera identidad, que siquiera es conocida, pero está oculta ante la presencia siempre insistente y persistente de una personalidad construida en las bases



insuficientes e ineficientes de las estructuras infantiles, y precisa de ser encubierto y camuflado para que no sea expuesto ni descubierto por nadie.

Miura et al., (2011, pp. 58-62) esclarecen, a partir del análisis de caso estudiado, que el pasado es constantemente retomado en el presente, pues los seres con la verdadera identidad desestructurada no se sienten capaces de reaccionar a las adversidades, y cuando reaccionan, suelen reproducir acciones limitadas, que, de forma general, siempre son idénticas y semejantes, llevando a situaciones y ocurrencias también iguales, por cuenta de la ausencia de un ambiente suficientemente bueno, que no proporciona condiciones favorables a la orden y a la organización de ideas, ideales, metas y objetivos, los cuales atienden y responden generalmente a las exigencias y a las expectativas de los otros, que, intencionalmente o sin intención, mandan, manipulan e influyen, ya que tales individuos tienden a una fácil obediencia, manipulación e influencia. Winnicott, referido por Miura et al. , (2011, pp. 58-62), afirma que para haber progreso es preciso haber también la regresión, algo que no ocurre o no es percibido y observado por personas que no disponen de potenciales indicadores e indicativos de la probabilidad, y que, se experimentan el fenómeno, no lo identifican, de modo que todo sigue un curso evolutivo desregulado, donde comportamientos, pensamientos y sentimientos son desconectados de la verdadera realidad, asumiendo papeles improvisados pero inconsistentes, que pierden direcciones y se pierden ante las posibilidades funcionales de realizaciones, actividades y funciones que van siendo reconstituidas a partir del período decisivo de busca por auxilio terapéutico, servicio que permite a través de las intervenciones, oportunidades de percepción de los contenidos no percibidos durante fases anteriores, fortaleciendo composiciones ocultas y desconocidas, y, del mismo modo, enflaqueciendo concepciones erróneas y equivocadas, en el intento de rescatar detalles omitidos, imprescindibles e indispensables al manejo de la destrucción de viejos paradigmas y de la construcción de nuevos mecanismos, engendrando reconstrucciones a la objetividad y a la subjetividad, de forma que sean adecuadamente actualizadas de acuerdo a los registros correctos correspondientes a lo que realmente es y lo que debe ser.

## CAPÍTULO VI: LA DIFICULTAD DE DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE:

Stumpf; Cruz; Hara; Rocha, (2016), en publicación que privilegia la práctica médica realizada en favor de los pacientes con trastorno de personalidad borderline, con sentido crítico a los servicios de atención primaria, afirman que, desde el inicio de cualquier servicio, tales individuos están considerados entre aquellos más exigentes, representando altos indicios de desafío debido a las fuertes características de manipulación y perturbación presentes en una variedad de comportamientos, (Stumpf et al. , 2016, p. 11), los cuales son denominados por los profesionales de salud mental como predominantes de los casos más difíciles y complejos en el manejo y en el tratamiento (Stumpf et al. , 2016, pp. 11-12). Stumpf et al. , (2016, p. 12) clasifican las personas con tpb como aquellas identificadas por marcada impulsividad e inestabilidad emocional en la autoimagen y en las relaciones interpersonales, acompañadas de comportamientos agresivos y autodestructivos, los cuales dificultan la solidez en empleos y en relacionamientos afectivos y sociales, propiciando así la busca frecuente por socorro emergente por cuenta de los innumerables intentos de suicidio y por otros factores, que, asociados al trastorno, comprometen la integridad física y psicológica de estos seres, que suelen procurar ayuda apenas en los momentos agudos de crisis, utilizando cerca de 4 veces más las urgencias que la población general.

Según Stumpf et al., (2016, p. 12), el TPB afecta 2% de los adultos, además de estar agregado a otras comorbilidades, como: trastornos del humor, ansiedad, uso y abuso de sustancias, depresión, entre otros fenómenos, que, hora participan

del propio disturbo, hora aparecen como estresores adicionales de los perjuicios existentes en consecuencia de este, que tiende a desajustar todo el sistema psíquico humano. Conforme Stumpf et al., (2016, p. 12), el objetivo del artículo se articula para la conciencia del real diagnóstico, de los factores de riesgo presentes en la caracterización del problema, bien como la sensibilización ante los procedimientos diferenciales que pueden ser adoptados por médicos y psicólogos para adecuaciones a los cuidados primarios y al tratamiento.

Stumpf et al., (2016, p. 12) definen, a fin de precisar el diagnóstico del trastorno de personalidad borderline, los contenidos descritos en las nomenclaturas disponibles en CID-10, que insertan el desorden en los cuadros de los trastornos de personalidad con inestabilidad emocional (TPIE), dividiéndolos en dos subtipos: impulsivos y borderline, entre los cuales, ambos poseen la presencia de rabia descontrolada y furia, y, en el caso del TPB, tales condiciones son añadidas de sentimientos de vacuidad, sexualidad desmedida, compulsión en diversas órdenes, así como también confusiones y agresiones a la propia imagen, predisposiciones también utilizadas de forma semejante por la clasificación norteamericana DSM-V. A pesar de aparentemente claro con relación a las composiciones, el TPB no es fácilmente reconocido en los ambientes de atención primaria, siendo muchas veces confundido con otras enfermedades, dificultando permanencia y sujeción a procesos psiquiátricos y terapéuticos.

De acuerdo a Stumpf et al., (2016, p. 12), no hay un conjunto de factos aislados que dé cuenta de especificar el trastorno borderline, pero aspectos relativos a abusos físicos, psicológicos y sexuales en la infancia, disfunciones familiares y herencia genética pueden favorecer al desarrollo de la perturbación, ya que la evolución del sistema biológico no se da ni ocurre de forma saludable. Stumpf et al. , (2016, pp. 12-13) refuerzan que no hay certezas equivalentes a causas y consecuencias de las disfunciones y desregulaciones cerebrales de los individuos portadores del TPB, aunque haya pruebas científicas de que el cerebro es permeado por alteraciones significativas y consistentes, que son capaces de alcanzar funciones importantes de la mente, de forma que se torna visible y notorio el desajuste psíquico de los seres, que accionan y reaccionan irregularmente y fuera de los contextos aceptables, dejando dudas acerca de las reales condiciones del mal

funcionamiento mental, esto es: no si sabe se tales ocurrencias ocasionan los factores incoherentes, o se son ocasionados por desproporciones ya existentes, por el facto del cerebro no funcionar correcta e integralmente al esperado, conduce comportamientos, sentimientos y pensamientos desordenados y desorganizados, que se expresan siempre de modos invariables e inesperados.

A pesar de no haber confirmación precisa con respecto a las contribuciones familiares para la formación del borderline, Stumpf et al., (2016, p. 13) apuntan que hay pruebas suficientes para afirmar que situaciones provenientes de cuidados excesivos o ausencia de afecto, incluyendo hostilidad, desajustes en la relación paterna y con otros cuidadores próximos y posible separación materna antes de los 5 años, generan apego mal adaptativo y desorganizado, así como la vivencia en ambiente familiar estresante, negligente y negativo, marcado por malos tratos e invalidación, puede propiciar desarrollo desestructurado y traumático, en que no se consigue tener acceso a la madurez necesaria al enfrentamiento a las adversidades de la vida. Para posicionar la caracterización del TPB, Stumpf et al., (2016, p. 13) demuestran, a partir de la configuración de la teoría biosocial de Linehan et al. , que los autores identifican las incidencias para el trastorno por medio de un histórico persistente de vulnerabilidades emocionales, priorizando clasificaciones que parten del temperamento individual del ser, de actitudes de respuestas invalidantes de padres y cuidadores ante comportamientos adversos, de interacciones con el ambiente social al longo del tiempo, de la continuidad de variaciones comportamentales consideradas como disposiciones normales o patológicas y análisis exploratorios a fin de explicar la constitución del disturbio por la naturalización de las disfunciones o por el intento de suprimir o regular emociones desreguladas (Stumpf et al. , 2016, pp. 13-14), además de asociaren los fenómenos presentes en los estados limítrofes de personalidad a los descritos en la tabla clasificatoria del manual DSM-V, que detalla con objetividad los contenidos dispuestos a través de composiciones generalmente iniciadas en el principio de la edad adulta, necesitando de contener 5 o más de los 9 criterios adoptados para el diagnóstico.

Ya mencionados en el presente trabajo, más precisamente en el capítulo III, los principales formatos del trastorno de personalidad borderline, condicionados por

el manual DSM-V, y destacados por Stumpf et al., (2016, p. 13), son resaltados nuevamente, con la finalidad de asegurar previsiones y previsibilidades más acertadas para el diagnóstico. Entre tales requisitos, están, de acuerdo a Stumpf et al., (2016, p. 13), el miedo, el temor y el recelo al abandono, que, real o imaginario, provoca susto, haciendo con que haya esfuerzos frenéticos en el sentido de evitarlo, ya que las relaciones interpersonales tienden a ser inestables e intensas, indicadas por alternaciones extremas de ideación y desvalorización, hasta porque hay perturbaciones en la consistencia de la autoimagen, algo que compromete el sentimiento de la propia identidad, tornándola resistente a las diferencias por ser confusa, inconsistente y no caracterizada, teniendo por eso como consecuencias, perjuicios progresivos en diversas órdenes de la propia individualidad, por contar con impulsividad en dos o más áreas equivalentes a acciones y comportamientos relacionados a imprudencias, descontroles, excesos y abusos.

Stumpf et al., (2016, p. 13) dan continuidad al tema, basándose en la tabla descriptiva de DSM-V, esclareciendo que, además de los factores citados a cima, o por cuenta de ellos, hay prevalencia frecuente y recurrente de gestos y amenazas de suicidio, bien como de autoagresión, automutilación y autodestrucción, juntamente con alta inestabilidad en el humor y disforia que se registran por constantes irritaciones, que suelen durar minutos u horas, y, raramente, días, muchas veces sin razón aparente o justificada, que, manifestándose de formas desordenadas, desorganizadas e inadecuadas, tales ocurrencias provocan episodios de actitudes anormales de luchas corporales y desintegradas de condiciones saludables, ya que no hay control para las secuencias ni para sensaciones y gestos de esa naturaleza, tornándose incomprensibles tanto por parte de aquel que acciona como por quien recibe o es víctima de la acción. En conjunto con estos aspectos, Stumpf et al., (2016, p. 13) apuntan todavía los sentimientos crónicos de vacío, frecuentemente asociados al borderline, así como también la posibilidad de fenómenos de paranoia transitoria, establecidos por ideas disociativas de la realidad, que aparecen y desaparecen insistente y persistentemente conforme el grado de crisis o estrese experimentado.

A partir de los contenidos expuestos, Stumpf et al., (2016, p. 14) identifican hipótesis confusas en la detección y en la precisión del diagnóstico del borderline,

cuando asociados a otros trastornos y comorbilidades, pues, por presentar complejidad en muchos aspectos, suele ser entendido erróneamente como siendo otro disturbo, en que, entre ellos, está el trastorno bipolar, que, aunque tenga convergencias con los estados limítrofes, por cuenta de las inestabilidades cíclicas del humor, posee divergencias consistentes en la estructura, pero que, por representar algunos factores de riesgo en común, o porque son particularmente insertados en condiciones de riesgo uno para el otro, tales diferencias no son adecuadamente observadas, sobre todo porque no hay un consenso definido y eficaz para evaluación de los predictores, situación precaria y difícil para médicos y psicólogos, ya que las inconsistencias, las imprecisiones y las indefiniciones complican considerablemente afirmaciones, confirmaciones y certezas, comprometiendo diagnósticos, tratamientos y pronósticos. Para Stumpf et al., (2016, p. 14), más que atentarse a semejanzas, es preciso tener en cuenta diferencias, especificidades, particularidades y peculiaridades, con el objetivo de condicionar adecuadamente procedimientos favorables al control de las incomodidades, sin incurrir en equívocos insatisfactorios, agravando casos y cuadros ya resistentes y persistentes, pues, en el destaque destinado a las ocurrencias visibles entre el borderline y la bipolaridad, es puntual observar que puede haber prevalencia en ambos los trastornos, tanto separada como conjuntamente, pero es importante resaltar que deben ser investigados cada cual con sus criterios individuales, ya que, según Stumpf et al., (2016, p. 14), hay imparcialidad, incluso en los manuales descriptivos más utilizados para investigación de los fenómenos existentes, pues, de acuerdo a los mismos, conforme énfasis de los autores, los disturbios son confirmados a partir de la presencia de cinco o más características disponibles, lo que hace inviable pruebas concretas a los contextos, dando margen a resultados incoherentes a la realidad esperada, que todavía es, a pesar de los avances alcanzados, nebulosa e incierta.

Con relación a los procesos posteriores al diagnóstico y mismo a los procedimientos referentes al tratamiento, Stumpf et al., (2016, p. 14) afirman que los pacientes borderline presentan dificultades en la estabilización de los síntomas, y que, aunque algunos consigan controlar los factores negativos del trastorno, manteniendo estabilidad acentuada y capacidad de convivencia social apropiada, otros no poseen los mismos patrones positivos, y, opuestos a aquellos que encuentran posibilidades de integración, estos, a pesar de los recurrentes esfuerzos

por resultados propicios, no tienen éxito, y, por ese motivo, continúan enfrentando problemas emocionales puntuales y crónicos, que los incapacitan ante las experiencias sociales, impidiendo que sean integrantes y participantes activos eficientes para la sociedad. Stumpf et al., (2016, p. 14) demuestran, a partir de estudios citados y destacados, que, aunque posible, es relativamente deficitaria el porcentaje de remisiones y recuperaciones del TPB si comparado a otros trastornos, pues, tanto en un análisis como en el otro, en períodos equivalentes a 10 y a 16 años de acompañamiento, se ha observado prevalencia irrelevante en la estampación y en el control de los síntomas, ocurrencias que son motivo de preocupaciones por parte de los profesionales de salud mental, que vienen dedicándose a investigar la caracterización, la consistencia, la persistencia y la resistencia de los fenómenos sintomáticos, concluyendo que el borderline es y está entre los más difíciles y complejos trastornos mentales, tanto en el aspecto del diagnóstico, cuanto en las cuestiones relacionadas con el tratamiento y el pronóstico, ya que los pacientes presentan perfil desafiador y conflictivo con psiquiatras y terapeutas, representando especial destaque a los criterios y cuidados asistenciales a ese público, que debe ser estructurado en bases sólidas de acogimiento y demandas, requisitos que necesitan claramente de conocimiento y preparo, justamente debido al grado de insatisfacciones registradas, y también por cuenta de las elevadas tasas de mortalidad derivadas por suicidio, lo que culmina, entre otras cuestiones, en buscas frecuentes y constantes de los servicios de salud emergente, que no disponen de tiempo ni de medidas suficientes para sanar la gravedad de los cuadros, y generalmente, proveen apenas subterfugios atenuantes a las crisis, presupuestos que sugieren solamente regularidad a los puestos de cuidados primarios, sin el soporte necesario a la profundización de los detalles concernientes al TPB, que son, están e van mucho más allá de meros atendimientos asistenciales, que, aunque imprescindibles e indispensables a la población, no resuelven especificidades patológicas, ocasionando retornos consecutivos a las urgencias, sin alcanzar objetivos causales adecuados a la realidad.

Basados en el ambiente de atención primaria, que no tiene condiciones de prestación de servicio realmente proporcional y adaptada a los casos de TPB, Stumpf et al., (2016, pp. 14-15) refieren que los pacientes, además de frecuentaren locales de pronto atendimento con cierta regularidad, suelen ser resistentes a las

conductas de comportamiento y a las prescripciones médicas, infringiendo reglas de actitud social y de medicación, situaciones que llevan al desencadenamiento de nuevos desequilibrios y comorbilidades, perjudicando considerablemente la vida personal, individual y colectiva de los miembros portadores del trastorno. A pesar de esas proyecciones negativas advenidas y provenientes de la caracterización desajustada del TPB, Stumpf et al., (2016, p. 15) declaran haber elevadas tasas de remisión asociadas a los pacientes con el trastorno, bien como, aunque menos evidentes, también son registrados casos de recuperación, resultados que comprueban la necesidad de inversiones en pesquisas y estudios destinados a la validación y consistencia de los maleficios relacionados al borderline, sobre todo con el objetivo de encontrar coherencias y adecuaciones a causas y consecuencias de las disfunciones, y de buscar soluciones plausibles a la estabilización y al control de los estadios desproporcionales sufridos por los individuos, que necesitan urgentemente de conclusiones seguras cuanto al diagnóstico y al tratamiento, que debe ser pautado en conocimientos previos y específicos, capaces de ofrecer bases sólidas y consolidadas para evaluaciones, prescripciones y procedimientos, a fin de amenizar, atenuar, controlar y estabilizar síntomas y comportamientos desadaptados provocados por todos los factores asociados a los estados limítrofes del borderline, ya que, según Stumpf et al., (2016, p. 15), los portadores del trastorno enfrentan dificultades persistentes en el funcionamiento social. Sobre todo por cuenta de la inestabilidad y de la impulsividad, lo que demanda reconocimiento propicio y estrategias eficientes y eficaces en el manejo de las cuestiones relativas a los problemas derivados de los cuadros, en el intento de disminuir incidencias y perjuicios, y aumentar gradualmente los éxitos concernientes al mejor desempeño social de los seres, siempre con el foco en las especificidades del trastorno y en la individualidad de cada persona, teniendo en cuenta el proceso de concientización de las medidas necesarias y convenientes a cada caso, y la constante y continua busca por métodos promotores del bienestar personal, físico, mental, psicológico y social de aquellos que sufren con las adversidades constatadas por el TPB, para que puedan aprender y desarrollar habilidades que los auxilien a vivir plenamente en armonía con la sociedad y también consigo mismos.

Siguiendo el raciocinio dispuesto y propuesto a cima, Stumpf et al., (2016, p. 15) aseguran que la opción de tratamiento más adecuada para sanar las



necesidades atribuidas a los componentes responsables por el trastorno de personalidad borderline es la psicoterapia, que, a pesar de también tener de contar con el uso de farmacológicos, estos deben ser prescritos con atención y cautela, pues, según afirmación de los autores, son contenidos complementares a la terapia, y solamente son recomendados en casos agudos de crisis, y en situaciones de otras patologías, relacionadas o no con el disturbo, alternativa que precisa de supervisión y asistencia de todos los profesionales que acompañan, orientan y realizan los procedimientos psiquiátricos y psicoterápicos, con la finalidad de solidez a la decisión, para la cual sea de facto demostrado y comprobado común acuerdo con la real necesidad de los fármacos, y, desde que sean imprescindibles e indispensables al individuo, es importante que sean administrados en dosis limitadas, tanto a la cantidad como a la duración, procurando mantener contacto directo con familiares y personas de interacciones próximas cuanto a la ciencia del método y a la concientización de la utilización, pues, conforme ya mencionado, los medicamentos poseen función de auxilio a la psicoterapia, y, cuando empleados, necesitan de minucioso análisis previo, para que, en vez de traer beneficios, no representen peligros a instancias y circunstancias, agravando condiciones y situaciones a disposiciones ya marcadas por cuestiones ligadas a la vulnerabilidad, al abuso y a la dependencia, tríade previsible a los pacientes borderline, que no pueden ser descartadas o ignoradas, pero antes prevenidas y evitadas, a fin de impedir incidentes y catástrofes irreversibles. Otro punto a ser resaltado por Stumpf et al., (2016, p. 15) es el equivalente a los internamientos hospitalarios, que, así como los medicamentos, tienden a perjudicar síntomas y traumas ya existentes, cuando tomadas como medidas de intervención precipitadas, con el objetivo de corregir o combatir problemas frecuentes y recurrentes, que, a pesar de persistentes y desafiantes, desprestigian la opción, por ser radical y pasible de negatividad a la individualidad del ser, que es sometida a restricciones y a la vulnerabilidad, siendo, por lo tanto, conclusión apenas para estadios avanzados de desintegración, con predisposición y antecedente de amenazas e incidencias variadas y variables, que no son resueltas a partir de mecanismos psicoterápicos y psiquiátricos ya adoptados para tratar patologías, pero, es crucial entender y comprender que la práctica debe ser realizada apenas en casos de urgencia, sean relativos a síntomas psicóticos agudos, sea en consecuencias subsecuentes de intentos de suicidio o en actos intensos de autoagresión, que, aunque la acción tenga validez y relevancia ante los

cuadros mencionados, es recomendable que la iniciativa sea accionada en período breve, limitado solamente a los hechos, factores y actos motivadores de la medida, que debe contar con explicaciones previas y claras al paciente acerca de la decisión, buscando, antes de cualquier actitud, pedir, oír y acoger opiniones con respeto a las justificativas expuestas por ambas las partes, para que haya un consenso ante los presupuestos indicados, explorados y analizados, y que, a partir de un común acuerdo, caso la internación sea considerada como alternativa indispensable, el proceso precisa de asistencia y atención redobladas cuanto a todos los procedimientos empleados, tanto antes como durante la intervención, en el sentido de interpretar variables comportamentales, quiere relacionadas a la estabilización de los cuadros, quiere ligadas a posibles regresiones de los mismos, siempre en la finalidad de detectar el momento propicio para la interrupción de la reclusión, que, conforme ya citado, no debe ser prolongada, restricta apenas al período de emergencia y urgencia, algo que también necesita de contenidos favorables a la permanencia y a la suspensión del procedimiento, lo cual no es prioridad al tratamiento del borderline, pudiendo incluso, conforme afirmación de Stumpf et al. , (2016, p. 15), resultar en regresión de los éxitos ya conquistados, acentuada en gran parte por abusos relativos a alcohol y drogas ilícitas, bien como con relación a aspectos referentes a violencia, autoagresión y violación de reglas.

Partiendo de la premisa de que la psicoterapia es la opción más adecuada para tratar el TPB, de acuerdo a la pesquisa de Stumpf et al. , (2016, p. 15), hay, en los métodos terapéuticos, especificidades que validan las particularidades del borderline, pautadas en patrones teóricos y abordajes correspondientes a la caracterización del trastorno, visando establecimiento y sustentación de la relación y de la alianza terapéutica, condiciones imprescindibles a la adhesión de los pacientes a las intervenciones psicoterápicas, que suelen ser marcadas por conflictos, resistencias y rendiciones, tanto a la continuidad y la permanencia del tratamiento, como en relación a la metodología terapéutica, acciones que precisan de interferencias adaptadas a cada caso individualmente, e, independiente del marco teórico utilizado, se hace necesario priorizar determinados contextos, los cuales son dirigidos casi que exclusivamente a las peculiaridades presentes en el desorden, cuyas estrategias adoptadas siguen bases normativas semejantes, en la tentativa de asegurar la solidez del relacionamiento entre terapeuta y paciente, que, conforme ya

abordado en el capítulo 3 de este trabajo, tal situación garantiza mayor eficacia a la psicoterapia, por cuenta del compromiso y del comprometimiento previamente asumidos por ambas las partes, que, una vez cumplidos, satisfacen las cuestiones destinadas a los beneficios esperados por el profesional de salud mental, (el psicólogo o el psiquiatra), así como también por el portador del disturbo juntamente con los miembros del medio familiar y social, pues, en las palabras de Stumpf et al. , (2016, p. 15), tales factores tienden a amenizar hospitalizaciones, amenazas de suicidio, agresividad y autoagresión, sucesos comprobados por algunos estudios científicos, que justifican el valor y la validez de determinados puntos, que, respetando artificios postulados y apoyados en iniciativas pautadas en la acción y en la actitud, consiguen estimular, modelar y moderar comportamientos y reacciones sintomáticos difíciles y complejos, adaptando a los pocos el individuo a una realidad hasta entonces desconocida e irreconocible, que va adquiriendo forma, a la medida que se proyecta el autoconocimiento y la autoaceptación, funciones responsables por el establecimiento de la autoimagen, de acuerdo al hecho de que realmente lo es, algo que es atingido conforme las lentas pero progresivas alteraciones positivas ocurridas en el funcionamiento mental, ya que, integrado a los nuevos aprendizajes, encuentra propiedades innovadoras y renovadoras para la instauración de capacidades paralizadas debido a las disfunciones provocadas por el borderline. Entre las prácticas psicoterápicas que trabajan arduamente en la promoción de la estabilización, remisiones y recuperación de los fenómenos disfuncionales del trastorno, Stumpf et al., (2016, p. 15) describen algunos abordajes con respeto a las intervenciones más conocidas y utilizadas para organizar y ajustar esquemas desorganizados y desajustados del TPB, además de también atenuar, controlar, regular y regularizar equívocos desproporcionales existentes en el sistema psíquico, y, entre ellas, los investigadores citan la terapia conductual dialéctica, actuante principalmente en el auxilio al enfrentamiento de conflictos y confrontaciones generados por las desestructuras adicionadas a actividades interpersonales, cuya busca se concentra en las tareas de la aceptación y de la empatía, calidades basadas en la enseñanza de habilidades destinadas al equilibrio de la inestabilidad y de la intensidad de las emociones, bien como al reconocimiento y control de incidencias referentes a comportamientos agresivos y destructivos.

Otra terapia muy empleada para tratar el borderline, según Stumpf et al., (2016, p. 15), es la terapia de la mentalización, basada en orientación psicodinámica, que focaliza, de modo específico, los déficits del trastorno, cuya aplicación de las técnicas terapéuticas es fundamentada en la asistencia al aprendizaje del paciente en relación al conocimiento y al reconocimiento de los criterios compuestos por el disturbo, y también de las propias conductas proporcionales a acciones, reacciones, actitudes y comportamientos, visando la ayuda profesional de la detección por parte del perjudicado, de forma que él pueda observar y percibir las brechas presentes y existentes en los aspectos comportamentales, sociales e interpersonales, así como visualizar y prepararse para las posibilidades de cambios previsibles, que, a pesar de aparentemente implícitos a los seres sufridores de las patologías del TPB, muchas veces antes y durante la iniciativa por la busca de los procedimientos psicoterápicos, alternativas que necesitan de énfasis por medio de los psicólogos, los cuales deben ser capaces y competentes en el manejo de garantizar y promover a este público los constructos pautados en estímulos de identificación y entendimiento, reforzando y motivando a través de artificios contundentes, ejemplificando que las alteraciones están disponibles a todos, realidad que debe ser presentada, mostrada y demostrada bajo variados y diversificados hipótesis por el terapeuta, a fin de que tengan, para el cliente, un valor agregado a la relevancia y a la coherencia de los hechos, con el objetivo de que las novedades sean, aunque a pasos lentos, programadas e incorporadas a la vida práctica, a través de indicadores subjetivamente evidenciados por ideas, ideales, pensamientos y sentimientos, que van ganando forma, llegando mismo a alcanzar objetivamente modificaciones significativas a comportamientos, acciones, actos, actitudes y reacciones. Es importante recalcar, de acuerdo a Stumpf et al., (2016, p. 15), que, además de auxiliar el individuo en la verificación al reconocimiento de la propia imagen personal ante el mundo, los psicoterapeutas precisan de expandir el autoconocimiento del paciente, con la finalidad de que, mediado por tal competencia, él consiga comprender la visión del otro, desarrollando así, propiedades suficientes para reflexionar e interpretar actos, sin incidencias y equívocos anticipados o posteriores que puedan venir a provocar desproporciones desfavorables y caóticas a la orden y a la organización de las relaciones, que, ya conturbadas y desestructuradas por cuenta de las causas y de las consecuencias relacionadas al borderline, no sean totalmente desvanecidas, ni pierdan la dirección

de la civilidad o se pierdan por instabilidades e intensidades, calidades que, si comprendidas y tratadas adecuadamente, son amenizadas y atenuadas, permitiendo a la conducción de una vida benéfica y saludable sin grandes sufrimientos y vergüenzas.

Una intervención también bastante utilizada como práctica psicoterápica adoptada como tratamiento del TPB, según Stumpf et al., (2016, p. 15), es el marco teórico con base en la transferencia, normalmente ofertado por sesiones individuales con intervalo variado entre dos a tres veces por semana, teniendo como objetivo la reactivación de la internalización con respeto a las relaciones objetales, priorizando la afectividad con personas cercanas, a partir del establecimiento de un contrato con terapeuta y paciente, en que el foco de los procedimientos sea privilegiado por los primeros afectos, experiencia que facilita la comunicación con las sensaciones internas, propiciando los procesos de comprensión e interpretación PARA los problemas de orden interpersonal, donde el psicoterapeuta, juntamente con el paciente, reflexionan los significados de los comportamientos desajustados, buscando caminos y alternativas de explicación para las causas sintomáticas referentes al trastorno, así como también de soluciones posibles al retorno y mismo a nuevas visiones con relación a la vida y al mundo, que pueden venir a ganar contornos positivos conforme el surgimiento de ideas transformadas y transformadoras, en el sentido de promover contribución y atribución a formatos y significados innovadores y renovadores a los constructos estructurales de los comportamientos, pensamientos, acciones, reacciones, actos y actitudes, que, esclarecidos y revelados sin los límites impuestos por los vices perturbados de las causas y consecuencias del borderline, tienden a ser entendidos, y, consecutivamente, cuando explicados y descubiertos, ser mejor definidos, alcanzando resultados satisfactorios al empeño y desempeño de actividades personales y sociales, tareas que son beneficiadas por la madurez progresiva de la identidad individual, y, gradualmente, integrada, concomitantemente a evoluciones y rehabilitaciones concernientes a la autoimagen y a la imagen del otro, que van siendo resignificadas a la medida que son instaurados e incorporados paradigmas actualizados, capaces de fomentar la deconstrucción de viejos y antiguos vicios ideológicos y comportamentales, destruidos a partir de construcciones y reconstrucciones proyectadas en la conciencia y en el inconsciente, que dan

consistencia resistente a la eliminación de hábitos y costumbres, incitando al rechazo de rutinas perjudiciales o pautadas en el perjuicio, que, transformadas y restauradas, conceden espacio al imprevisto de capacidades rumbo al alcance de oportunidades, sea en forma de rescate, sea por la abertura práctica a las novedades, vislumbradas por medio de estrategias enseñadas por el psicoterapeuta y aprendidas por el paciente. En la concepción de Stumpf et al., (2016, p. 15), la terapia basada en la transferencia, debe prioritariamente concentrarse en la solidez de la relación terapéutica, punto fuerte de la intervención, cuyo núcleo de la orientación obedece a patrones fragmentados mayoritariamente en los relacionamientos, especificados sobre todo en los modos comportamentales, comúnmente asociados a los diagnósticos limítrofes, que suelen ser marcados por dificultades expresivas en el manejo con el otro, y, por tal motivo, el enfoque se destina, de manera general, a la detección de existencia, presencia, clareza y evidencia de los cuadros estructurales equivalentes a las disfunciones predominantes del disturbo, preparación que se destina a los pasos siguientes, caracterizada por la intención de desvendar causas oriundas del apareamiento sintomático del TPB, para, posteriormente, partiendo de confirmaciones y comprobaciones, investigar, minuciosamente, por medio de informaciones apuradas en bases científicas sólidas, y también por la veracidad adquirida y obtenida a partir de las riquezas de detalles acerca de potenciales hechos históricos de origen y de vida, artificios relevantes para la fundamentación y la difusión de explicaciones plausibles, coherentes y conclusivas sobre los desajustes, responsables por las frecuentes y recurrentes manifestaciones disfuncionales y equivocadas referentes al borderline, que, consolidadas, contribuyen con la continuidad de las iniciativas terapéuticas para la validación de los problemas encontrados, pues, a través de la causalidad, los mecanismos relativos a la solución van siendo adaptados a cada caso, particular e individualmente, teniendo en cuenta inicialmente el vínculo terapéutico, que debe ser, para paciente y psicoterapeuta, la base para todo el movimiento constante, continuo y progresivo ante las inclinaciones rumbo al conocimiento y reconocimiento del irreconocible y desconocido, a fin de que, mediados e intermediados por comunicaciones e interacciones comprometidas con los futuros beneficios del tratamiento psicoterápico y del propio ser, que son alcanzados por esfuerzos mutuos de colaboración y cooperación entre psicólogo y cliente, registros de estímulo y motivación para sucesos y éxitos en los diversos

aspectos del proceso de revitalización y reconstitución de los componentes negligentes y disruptivos, evidentes en las varias fases e instancias de la existencia, modelada y moldeada, sucesivamente, por criterios rigurosos de interpretaciones consecutivas y repetidas cuanto a las composiciones desorganizadas, desordenadas y desajustadas de todo el sistema mental, englobado por medio de tales intervenciones, provenientes de elaboraciones metodológicas concebidas básicamente en una vinculación terapéutica sólida y consistente, donde psicólogo y paciente asumen el compromiso de completa entrega a las prácticas de la terapia, con dedicación, esfuerzo, respeto y disciplina cuanto a la fidelidad al cumplimiento de tareas, comprendidas, desde la atención dispensada al caso, que debe ser dirigida por el profesional de psicología, a partir de presupuestos pautados en una total asistencia participativa y empática al histórico general, particular y peculiar del individuo, en conjunto con herramientas mediadoras a la consistencia y a la persistencia del contacto saludable con el cliente, que necesita de condiciones favorables para la real adhesión al auxilio psicoterápico, trabajo este, que es recompensado, aunque a largo plazo, cuando realizado con empeño y determinación por parte del analista, que, además de buscar constante y continuamente información y conocimiento sobre causas, síntomas y consecuencias del trastorno de personalidad borderline, debe haber, de igual modo, consonancia con necesidades generales de control de los fenómenos agudos relacionados al problema, y también con los intereses concernientes a los aspectos de remisión y recuperación, que precisan de ser frecuentemente inculcados para la efectiva concretización de los beneficios y del bienestar asociados al portador del TPB, el cual depende exclusivamente de la colaboración estratégica del terapeuta, que, para ser siempre organizado en la elaboración y en la ejecución de metodologías y técnicas específicas a cada particularidad, ciertamente carece de estar preparado para las adversidades supuestamente enfrentadas, a punto de hacer de tales desafíos, oportunidades para el avance esperado cuanto a la estabilización de las disfunciones presentadas por el disturbo, garantizando, para el aumento de la eficacia y de la eficiencia de los procedimientos empleados, utilizados y adoptados a la satisfacción gradual y progresiva de resultados positivos, acciones destinadas y dirigidas con el objetivo y el foco permanentes en el sentido interpretativo de todo el conjunto perteneciente a las anomalías vigentes en el sujeto, manteniendo una postura activa con relación a la sustentación del vínculo terapéutico, función

permeada por estructuras compuestas en la seguridad, en la confianza, en la aceptación y en el acogimiento, calidades propulsoras del incentivo a la validación y a la valorización de los constructos y de las providencias atribuidos y contemplados a la abertura de nuevas posibilidades, novedades que permiten y amplían la absorción de diferentes caminos: alternativas posteriormente visualizadas como oportunidades restauradoras, disponibles a un futuro promisor, repleto de probabilidades accesibles a todos, y que precisa de ser descubierto, tornándose meta primordial de la reconstitución de la identidad, propiedad esencial para las fórmulas expresivas de las reformulaciones, tan necesarias y urgentes a la sobrevivencia en sociedad, ambiente generalmente muy exigente y poco flexible a la inclusión de particularidades y peculiaridades.

Stumpf et al., (2016, p. 15), en continuación a la descripción general sobre las diferentes perspectivas psicoterápicas disponibles y utilizadas para el tratamiento del borderline, refiere la terapia del esquema, cuya metodología se define en pormenores equivalentes a la vida del individuo, con destaque especial a la fase de la infancia, priorizando la búsqueda y el encuentro del origen del disturbo, en la tentativa intencional por el esclarecimiento de causas asociadas a la patología, en que los análisis son compuestos a partir de variadas teorías cognitivas y comportamentales, o mismo con base en otras vertientes de la psicología, en el sentido de interferir positivamente en las funciones disfuncionales del paciente con TPB, auxiliando en la regularización de los cuadros sintomáticos, a través de medidas activas e inmediatas de reactivación, renovación y actualización de los componentes desestructurados, con actuaciones directas y concretas de estímulo y refuerzo, que, repetidos, se disponen a la eliminación de factores igualmente repetitivos, donde la segunda repetición mencionada representa negatividad recurrente ante situaciones y condiciones, las cuales se presentan desvinculadas de normalidad, necesitando así de modificaciones significativas para la instauración de oportunidades a la constitución de nuevos paradigmas a la realidad del ser, que gana, al adquirir posibilidades renovadas e innovadoras, restauraciones de conductas y mismo de contenidos y cuestiones referentes a la personalidad, ultrapasando los límites impuestos por las desproporciones causadas y consecuentes por el borderline, de modo que los falsos parámetros son a los pocos resignificados por diferentes hipótesis, cuyas concesiones de pertenencia asumen



una diversidad de formas, reposicionadas y revigoradas por perspectivas modeladas teóricamente en la extinción de antiguos hábitos y valores, cuando nocivos y perjudiciales a la vivencia, sobrevivencia y convivencia individual y colectiva, opciones que deben recibir incentivo por parte del terapeuta, lo cual, consciente de los detalles que cercan el trastorno, y, conocedor de los comprometimientos que alcanzan de modo general y catastrófico la vida de aquél que lo posee, necesita de promover igualmente la consciencia en el individuo cuanto a la sintomatología presente en el diagnóstico clínico, reforzando, para el alcance de resultados satisfactorios al nivel terapéutico y a la salud existencial del ser, ventajas y desventajas de los contextos actuales, con ideas claras, objetivas, relevantes y consistentes acerca de los probables orígenes para el surgimiento del tpb, hechos que, además de esclarecidos con énfasis y riqueza de contenidos específicos sobre los maleficios provocados debido a causas y consecuencias del disturbio, precisan, de modo semejante, ser validados y valorados en todas sus matices, para que tengan, a partir de los conocimientos adquiridos y del reconocimiento garantizado, las calidades de la eficacia ante las providencias elegidas esquemáticamente con la finalidad de la detección de las anomalías, bien como de las tentativas elaboradas en relación a las composiciones destinadas a la mudanza, que atienden a disposiciones complementadas por situaciones referentes al pasado, a condiciones insertadas en el presente y a posibilidades optimistas cuanto al futuro. Conforme Stumpf et al. , 2016, p. 15), así como en todas las intervenciones de psicoterapia, la solidez y la consolidación de la alianza terapéutica es necesidad incondicional para diversos fines durante los procedimientos empleados, pues es a través de esa sustentación que los efectos benéficos son atingidos y manifestados, justamente por cuenta de la confianza y de la seguridad transmitidas del terapeuta para el paciente, y del vínculo establecido, mantenido y fortalecido por el contacto saludable entre ambos, ya que, solamente por medio de una terapia repleta de armonía y sintonía, es posible concebir propiedades plausibles y conclusivas a cuestiones ligadas a los aspectos funcionales y disfuncionales del sujeto, que organiza capacidades y habilidades con respeto a nuevas formas de visualización de él mismo, del otro y del mundo, las cuales, resignificadas, dan diferentes significados a las visiones del ser, que pasa a vislumbrar una variedad de formatos a las situaciones cotidianas, de modo que las cosas y las personas son vistas a partir de prismas diversificados, siendo presentados y contemplados por representaciones antes no previstas, pero

que, de acuerdo a una inducción adecuada, son conducidos a versiones creativas y productivas de ideales anteriormente sin registros, que se incorporan a la vida y a las vivencias, como oposiciones a las marcas dejadas por fracasos, que, convertidos en aprendizajes, desempeñan actividades y tareas desintegradas de los antiguos protocolos utilizados, por el hecho de ser gradualmente reconstituidos por la comprensión, por la reinterpretación y por la reproducción agregada a los hábitos hasta entonces condicionados a proporciones conflictivas, siendo así adicionados a revisiones progresivas en las incidencias posteriores a las inversiones de valores que van siendo adquiridas, hasta que las ocurrencias sean enriquecidas por hechos y actos absorbidos por ideas lentamente insertadas en el repertorio personal y particular del ser, y, consecuentemente, se modifiquen conforme las premisas nuevamente adoptadas, reactivando, de esa forma, estados y costumbres, definidos y redefinidos por medio de atributos renovados, que fortalecen disposiciones implícitas e inconscientes, conseguidas a través de la retomada de una consciencia todavía no identificada, pero que, al tornar-se explícita, amplía respuestas adecuadas y adaptadas a las especificidades contenidas en las exigencias de alteraciones, reveladas por las descubiertas asociadas a las urgencias equivalentes a las necesidades de transformaciones, evidentes y visibles en el proceso de recolocación, reposición, reapropiación y restitución de los pasajes de negligencias, incómodos que necesitan de exclusión y extinción, realizaciones apenas alcanzables mediante trabajo conjunto de profesionales engajados con la salud mental y también con el paciente, en la perspectiva de fomentar alternativas viables con la finalidad de proporcionar una realidad de vida con calidad suficiente a la conducción del cotidiano próxima a los vieses de la normalidad, de forma que el cliente alcance el máximo de sus competencias, cuyo mínimo esfuerzo tenga repercusiones positivas y optimistas para todos los participantes ligados a la persona portadora del trastorno, para que ella también se sienta motivada a continuar su ruta rumbo al camino de una nueva oportunidad de restauración y regeneración de los fenómenos desorganizados, desordenados y desestructurados, de modo que haya armonía y sintonía entre acciones y reacciones, propiciando y poniendo a disposición condiciones y capacidades para la demostración de potenciales muchas veces desconocidos o impracticables por cuenta de los problemas enfrentados por la presencia del borderline, algo que corrobora mayor consistencia en las relaciones con el otro y consigo mismo, por ofertas libertadoras de evolución, traídas por un

persistente tratamiento sólido y por la fidelidad del cliente a las sugerencias concedidas por terapeuta, psiquiatra, demás profesionales y mismo por familiares, amigos y miembros de interacción, desde que, obviamente, tales concesiones y advertencias sean coherentes al caso.

Según afirmación de Stumpf et al., (2016, p. 15), la terapia que presenta mayores probabilidades de éxito cuanto a la remisión y a la recuperación del TPB es la terapia conductual dialéctica, seguida por la psicoterapia basada en la mentalización, posteriormente, por las teorías psicoanalíticas con el foco en la transferencia, y, finalmente, por la terapia posicionada en los esquemas, que, a pesar de las evidencias positivas y optimistas de funcionalidades equivalentes a los marcos teóricos, registradas y documentadas por estudios, pesquisas y análisis, es precipitado afirmar la veracidad de estos constructos concedidos como beneficios al paciente con borderline, ya que es incierta la eficacia de los métodos, aunque haya indicios considerables y significativos que confirman el aumento del progreso relativo a la estabilización de síntomas, así como también al control de crisis derivadas del desorden, pues hay ocurrencias representativas de alteraciones comportamentales y actitudinales, las cuales validan las técnicas y metodologías citadas, debido a la relevancia y a la coherencia en los contenidos modificados y adicionados, a través del bienestar verificado, de acuerdo a las prácticas mencionadas, que se han mostrado satisfactorias a la estampación de los maleficios provocados por el trastorno, algo que garantiza consistencia a las teorías, que han ganado prestigio, justamente por cuenta de los sucesos alcanzados a partir de las iniciativas, a las cuales dan conclusión potencial a estudios dedicados a la difusión de los procedimientos, a fin de que sean conocidos y reconocidos como fuentes importantes en la búsqueda de adaptaciones y adecuaciones a los pronósticos esperados hace mucho, que, mismo con las descubiertas identificadas y los avances ya conquistados, deben ser ampliamente investigados, con el objetivo de prevenir y combatir estadios agudos del disturbo, y el acúmulo de manifestaciones desgastantes y desastrosas por él provocadas. Durante todo el artículo de Stumpf et al., (2016), el cual es dedicado a la descripción del difícil diagnóstico del borderline, mucho se discute sobre la variedad de conceptos adoptados y utilizados para tratar los casos, pues, a pesar de no haber un consenso general y real sobre el mejor método de retención sintomática de los cuadros limítrofes, hay convergencias en

cuestiones ligadas a los inúmeros desafíos contemplados por el trastorno, entre las cuales están las dificultades del manejo con los pacientes, que son identificadas y clasificadas como grandes indicadores de complicaciones oriundas de conflictos existentes principalmente en la relación terapéutica, cuyas divergencias de ideas, en conjunto con comportamientos confrontantes, perjudican la adhesión al tratamiento, que suele ser impedida por sucesivos momentos de interrupciones y abandonos voluntarios por parte de los portadores, algo que tiende a desestabilizar alianzas psiquiátricas y psicoterápicas, motivo que lleva el relacionamiento a tornarse conturbado y desequilibrado, a partir de actividades marcadas por habituales interferencias del paciente, pues, incoherentes a las implementaciones sugeridas por psiquiatras y terapeutas, son inadecuadas e impropias, algo que puede venir a prolongar el camino de los progresos, facilitando así permisiones problemáticas a conclusiones equivocadas, que acaban por ofrecer resistencias a las proyecciones destinadas al restablecimiento de las desproporciones, cuyas fundamentaciones con finalidades asociadas a exclusiones graduales de los esquemas patológicos sufren el peligro de las pérdidas de horizonte, pasando a desempeñar papel inverso al pretendido, que, en vez de incluir beneficios y mejorías a la vida del sujeto, hace con que haya nuevas perturbaciones para las fases posteriores, en algunos casos, debido a la falta de preparo relativa a los profesionales de salud mental que cuidan de ese tipo de desorden, el cual, por cuenta de las diversas complejidades envueltas, requiere amplitud, diversidad y versatilidad a las iniciativas y a las decisiones, tríade esta que no puede ser apenas un atributo adjunto a la mera buena voluntad; aunque tal artefacto sea un comienzo para el curso de la jornada equivalente a la extinción de síntomas, además de esa disponibilidad, debe haber, juntamente con el factor de la benevolencia, una prestación de servicio plenamente calificada, pautada en bases sólidas de conocimientos generales y específicos, tanto sobre el disturbio, cuanto en relación al histórico particular de cada caso, y también en el sentido de la profundidad ideológica de las causas y de las consecuencias del borderline, a partir de una consistencia enriquecida por investigaciones válidas y relevantes, por análisis seguros y fundamentadas en la eficiencia y en la eficacia de los constructos, y por formaciones siempre actualizadas y adecuadas al tratamiento de las disfunciones, para garantizar y asegurar al paciente intervenciones enfocadas en la mudanza, concediendo oportunidades de reconstrucción de valores, a través de modalidades sostenidas en arquetipos promotores de habilidades y capacidades,

tornando viables reposiciones y redefiniciones temporales, espaciales e ideológicas, que, motivadas por elaboraciones sistemáticamente organizadas, planeadas y programadas con tales objetivos, dan inicio a la transformación de las experiencias psicológicas de los seres, que ocurre durante los períodos continuos, permanentes y persistentes de intensa tentativa de restauración y reinserción en los parámetros de normalidad, conquistados, conforme participación activa e interactiva de médicos, psicólogos y enfermos, intermediada por total colaboración, empeño, desempeño, compromiso y dedicación a la satisfacción, a los éxitos y al suceso de los métodos elegidos como ideales y coherentes a cada cuadro.

Juntamente con los métodos psicoterápicos más indicados para sanar los efectos nocivos provocados por el TPB, Stumpf et al., (2016, p. 15) citan los tratamientos farmacológicos también utilizados para atenuar y controlar determinados excesos asociados al trastorno, destacando puntos importantes

Sobre las iniciativas prescriptivas elegidas como auxilios complementares a la terapia, ya que, según el estudio, los medicamentos no son recursos indispensables a los avances pretendidos, aunque sean recomendables en casos de comorbilidades agregadas, necesitando, por tal razón, de esclarecimientos acerca de las medidas tomadas en relación a las cautelas ante la supuesta decisión, pues, a partir de la opción por la utilización de los fármacos, (que de facto son útiles), es indispensable la redoblada atención a los criterios y requisitos relativos a precauciones, una vez que los sujetos limítrofes son y están vulnerables, y, por ese motivo, pueden desarrollar aspectos propensos a la dependencia medicamentosa, así como otros problemas derivados de usos abusivos y excesivos de los propios remedios, los cuales, debido a las posibles desviaciones de conducta, marcas comunes evidenciadas en las características del TPB, pueden venir a ser ocasionalmente adquiridos o usados por los pacientes, de forma irregular o contraria a la prescripción originalmente indicada, situaciones que suelen desencadenar consecuencias desagradables, desastrosas y catastróficas, con destaque a las amenazas de suicidio, al involucramiento en peligros y al apareamiento de nuevas patologías, reacciones, muchas veces también acompañadas de la adición de otras sustancias, ejemplos normalmente atribuidos a los efectos colaterales ocasionados por la propia medicación, la cual, siendo indebidamente aplicada por algunos individuos, con la idea falsa y errónea de un alivio para las sensaciones

experimentadas durante los momentos de crisis, equívocos estos, que acaban desempeñando funciones inversas a las expectativas de todos los empeñados en el suceso referente a los pronósticos, agravando el diagnóstico, y contradiciendo intenciones condicionadas a beneficios, habiendo regresiones sintomáticas, que pueden venir acrecidas de otras enfermedades, esto, en consecuencia de la utilización desreglada, abusiva y excesiva de los farmacológicos, que, en su mayoría, ya tienden a provocar variaciones de diversos órdenes, en condiciones normales, controladas y reguladas, causando así, cuando insertados en la rutina de los cuidados necesarios de manera impropia e inadecuada, elevaciones en relación a los problemas ya existentes, o mismo alteraciones negativas concernientes a nuevos registros sintomáticos, dificultando e impidiendo la realización eficaz de las intervenciones, incluso de las acciones curativas de los remedios, ya que estos, conforme destacaes anteriores, no son alternativas prioritarias y exclusivas al combate ni al control de los síntomas correspondientes al borderline, y, por esta razón, deben ser bien restrictos cuanto al uso y a la cantidad, a fin de evitar desajustes innecesarios. Sobre tal cuestión, Stumpf et al. , (2016, p. 15) revelan que, en general, los fármacos más recomendados entre las opciones medicamentosas disponibles, en el caso particular del tpb, son los antidepresivos, los estabilizadores del humor, los antipsicóticos y los ansiolíticos, conteniendo función complementar a la psicoterapia, en el sentido de atenuar, controlar y estancar fenómenos agudos de depresión, ansiedad, alteraciones e instabilidades del humor, y también las posibles ocurrencias psicóticas correspondientes a alucinaciones y delirios, siempre teniendo en cuenta detalles relativos a otras patologías, que, asociadas o disociadas del borderline, deben ser minuciosamente conocidas y reconocidas, con el objetivo de interpretar necesidades reales equivalentes a la utilización de medicamentos, respetando criterios rigurosos cuanto a las dosis aplicadas, con atención dispensada al histórico de enfermedades y de medicaciones ya en curso, cuyas escojas precisan de sustentaciones basadas en opiniones conjuntas de todos los trabajadores y colaboradores de las prácticas destinadas al bienestar de los pacientes con borderline, los cuales, supuestos conocedores y reconocedores del trastorno y de las peculiaridades de los individuos, deben ser capaces de administrar estrategias planeadas específicamente para eficacia y eficiencia de los métodos y procedimientos, para así, partiendo de tal premisa, ser definida la elección de los remedios, (que obviamente es hecha mediante pensamiento y opinión colectivos de

médicos, psiquiatras y psicólogos promotores del suceso del tratamiento), la cual necesita de providencias constantes y continuas relativas a la observación y a la percepción cuanto a la verificación e identificación de modificaciones, sean ellas negativas o positivas, en la tentativa de visualizar y evaluar el desempeño de los farmacológicos en relación a las propuestas previas, con foco secuencial en la interpretación de los eventos ocurridos durante los períodos de adquisición medicamentosa, por medio de reflexiones constantes y continuas sobre acontecimientos dominantes en el intervalo entre el antes y el después de la iniciativa relacionada a la opción, con un entendimiento preciso de los favorecimientos y de las contrariedades de la utilización regular de los químicos, bien como las ventajas y desventajas de los mismos, a fin de condicionar posibilidades y oportunidades positivas a la alternativa, con la cautela minuciosa de clasificar fortalezas y fracasos, investigando evidencias de correspondencia directa e indirecta con las indicaciones prescriptivas, buscando comprender, de acuerdo a cada situación, el real significado de los resultados adquiridos y obtenidos sin y con la inserción de las fórmulas, puntuando, para análisis detallado de los cuadros, todas las ocurrencias vigentes en los comportamientos y en las acciones de los individuos sujetos a los formatos, algo que garantiza y asegura la eficiencia o ineficiencia de las concepciones abordadas para el auxilio en los combates de composiciones descompuestas, las cuales, derivadas de innúmeros factores, tienden a la disminución de incidencias, cuando expuestas a interferencias adecuadamente dirigidas, pero también pueden presentar complicaciones relativas a los problemas ya existentes, aumentando los incómodos, o mismo provocando el surgimiento de nuevas comorbilidades: recurrencias pasibles de asistencias dinámicas y ampliamente dedicadas, que requieren paciencia y persistencia, además de esfuerzos desmedidos cuanto a las propagaciones de las respuestas activadas en cada paciente, las cuales culminan generalmente en cuestiones referentes a la seguridad y confianza de este público, que, al sentirse seguro y confiado en los profesionales y en las estrategias, colabora y coopera con los mecanismos empleados; atribuyendo sentido y consistencia a las realizaciones compatibles con la complicidad y la alianza establecidas y asumidas por los representantes de las metas destinadas a la nueva realidad del ser en sufrimiento, que, una vez disforme, va adquiriendo actualizaciones a las formas antiguas, conforme el cumplimiento de los protocolos experimentados y ejecutados, siendo transformada y reestructurada, a

partir de fundamentos válidos y comprobados científicamente, además, igualmente, del ejercicio a la extrema sensibilidad por parte de los equipos asistenciales, ante los desafíos impuestos por el disturbo, los cuales son visibles ya en los contactos iniciales, entre el enfermo, los médicos, los psiquiatras, los psicólogos y los demás mediadores de la salud mental o general, por cuanto, antes mismo del diagnóstico, los pacientes borderline suelen buscar con mucha frecuencia la atención primaria de los atendimientos de urgencia, sea por la intensidad de los propios síntomas, sea por las consecuencias generadas por los excesos referentes a los crisis, algo que resulta, en muchos casos, en confrontaciones y conflictos directos o indirectos con personas , aunque en los servicios hospitalarios y psiquiátricos, pues, ni todos los funcionarios envueltos con las dolencias mentales están preparados y aptos para el entendimiento de las reales necesidades de esta población, corroborando el refuerzo a la información, agregada a la formación, para evitar acontecimientos innecesarios, bien como confusiones equivalentes a evaluaciones erróneas, prolongando prácticas de cuidados imprescindibles y urgentes, que, además de comprometer considerablemente aspectos ya comprometidos en varias instancias y circunstancias, tales faltas y ausencias de preparo constituyen perjuicios realmente desfavorables a cualquier progreso, estacionando oportunidades de restauraciones y renovaciones, y, entre secuencias más graves, causando desproporciones y desorganizaciones en las ideas de resignificación, reestructuración, y reconstitución de la identidad, alternativa que no puede ser tolerada, pero sí, banida de los servicios de urgencia, que deben contar concomitantemente con opciones plausibles de deducciones acertadas, las cuales son atingidas de acuerdo a intereses exclusivos de la área, a partir de iniciativas resolutas y destinadas a la difusión y a la promoción de modelos adecuados y adaptados a los obstáculos identificados en las diversidades y adversidades, priorizando, para tanto, composiciones pautadas en descubiertas y comprobaciones científicas, capaces de justificativas sólidas y coherentes a la validez de las confirmaciones, a fin de que salgan de las meras suposiciones, y pasen a representaciones robustas, siendo provenientes de esquemas basados en ideologías consistentes, que, difundidas y profundizadas en afirmaciones convenientes y contundentes para la proliferación de los éxitos en relación a la concesión de beneficios a los sufridores de trastornos psíquicos, más específicamente del borderline, producto de la presente investigación, por el facto de estar entre los aspectos más complejos de configuración, y que, por tanto, requiere



atendimientos focalizados en todas las variaciones protagonistas y secundarias, pretensiones alcanzadas conforme adaptaciones construidas a partir de perspectivas competentes, equipadas con providencias adquiridas por materiales correspondientes a pronósticos positivos y optimistas, cuyas inclusiones consisten y residen en elaboraciones efectivas, realizadas a través de cuerpo directivo apto a procedimientos eficientes: aptitudes estas que deben estar en consonancia con formaciones relevantes a las predisposiciones solicitadas por el TPB, añadidas de empatía a la caracterización de los procesos disruptivos, para que haya armonía en medio a las adversidades, hasta que se consiga la extinción de los quesitos desproporcionales de la normalidad, tan frecuentes y actuantes en los portadores del disturbo, que son restituidos de sus parámetros de realidad, la cual es vista y visualizada de forma opuesta a los períodos agudos de los síntomas, cuando expuestos y tratados según componentes designados propiamente por las funciones restauradoras, que deben poseer contenidos, recursos y materias reforzados y dedicados al restablecimiento de los estados mentales retrasados, estímulos estos que necesitan indubitablemente de un conjunto de medidas estratégicas para el cumplimiento de los ideales buscados, contando así, por esta razón, con instituciones y profesionales engajados en las expectativas dominantes relativas a la mejora de los desencadenadores traumáticos, biológicos y hereditarios, una oportunidad que es seguramente modificada, ante la existencia del empeño y conocimientos para la práctica del desempeño, que, ciertamente es referencia para los nuevos sistemas apropiados por los miembros poseedores del trastorno de personalidad borderline, que se tornan capaces de percibir, observar y desarrollar composiciones y componentes reformadores, que, recreados, conceden actualizaciones a las chances, las cuales van siendo recolocadas y recompuestas, tornándose fuentes reales a las propiedades psíquicas, que encuentran caminos alternativos para conclusiones e iniciativas de soluciones y realizaciones.

Dando continuidad a la caracterización referente a la contribución de los medicamentos como factores adicionales para el tratamiento del trastorno de personalidad borderline, Stumpf et al., (2016, p. 16) resaltan la alta sensibilidad de los portadores con relación a algunos estímulos fisiológicos a partir de los efectos adversos de las medicaciones, la cual debe ser puesta en evidencia, en el instante

de la opción por la prescripción, a fin de que las aplicaciones de las dosis sean hechas inicialmente en pequeñas cantidades, con una constante y continua evaluación de causas y consecuencias, que necesitan de observación y percepción minuciosas, criteriosas y metódicas, para un atendimento satisfactorio a las reales necesidades de los sujetos, los cuales, conforme sugerencias de Stumpf et al., (2016, p. 16), presentan diferentes variaciones en los cuadros de los desajustes, demandando, por tal razón, iguales divergencias con respecto a la adopción de los fármacos, que es primeramente destacada por Stumpf et al., (2016, p. 16), con referencia a los antipsicóticos, que son útiles, y, por tanto, utilizados en situaciones provenientes de delirio y alucinación, presentes apenas en ciertas circunstancias, no siendo prevalentes en todas las personas diagnosticadas con TPB, cuya recomendación cuanto al uso menciona restricciones, reducciones y limitaciones, ya que, por no tratarse propiamente de esquizofrenia, y por acontecer en períodos aislados y esporádicos, la cantidad no debe ser semejante a las enfermedades original y tradicionalmente psicóticas, siendo conveniente la inserción de los remedios en proporciones bajas y mínimas, equivalentes a la mitad o a un tercio de las fórmulas comúnmente indicadas para las psicosis, esto porque, al paso que los psicofármacos son imprescindibles e indispensables al control de las procedencias delirantes, en la perspectiva de los estados limítrofes, estas ocurrencias poseen manifestaciones breves, subordinadas a apareamiento, desapareamiento y retorno, tríade identificada a partir de puntos peculiares, los cuales exigen pleno conocimiento y reconocimiento de las razones determinantes para la ausencia y la presencia de tales factores, a fin de que sean tratados de modo particular, ya que las reproducciones no son dominantes, y obedecen a demandas programadas por la mente, siendo disparadas y descargadas de acuerdo a informaciones automatizadas por motivos, estímulos que, comprendidos por profesionales y pacientes, a la luz de investigaciones científicas, buscadas, fragmentadas y practicadas para propuestas de soluciones a los problemas relacionados al borderline, y de las experiencias relatadas y vivenciadas por los pacientes, se afirman como alternativas conjuntas que propician los mejores medios y providencias a la complementación química, que debe respetar matices peculiares, siempre con el cuidado en el manejo entre el individuo y la medicación, identificando etapas de inicio, necesidades de alteración medicamentosa, sea cuanto al fármaco, sea en cuestiones ligadas a la cantidad y al período, así como todos los procesos y fases anteriores y posteriores a la utilización

de la alternativa farmacológica, con finalidades concernientes a la detección de progresos y fracasos, en la procura incesante de percibir efectos positivos y negativos de los remedios, interpretando, a través de frecuencias y recurrencias, exactitudes cuanto a pausas, interrupciones y suspensiones de las intervenciones químicas, que son, como ya citado, apenas opciones adicionales, y, aunque tengan innegable utilidad para determinados problemas, no pueden ni deben ser consideradas como núcleos incondicionales para las acciones asistenciales del TPB, y, así que posible, cuando visualizados sucesos significativos de remisión asociados a las fórmulas, administrar disminuciones graduales en el uso, y, siempre que conveniente, planear estratégicamente los intervalos, hasta que sea plausible la interrupción total de algunos medicamentos, que, entre ellos, se puede incluir los antipsicóticos, los cuales son atribuidos a las perturbaciones de alucinación y delirio, que tienden al desaparecimiento, cuando atenuados o eliminados los productos estresores que impulsan tales fenómenos: desencadenamientos y composiciones que ya deben ser y hacer parte del repertorio de revelaciones y descubiertas de profesionales y pacientes, facilitando así, inquisiciones destinadas a la reducción y a la discontinuidad delirante, en consecuencia de la interpretación acertada de ideas y comportamientos causadores de esas condiciones, que, una vez seguros y conscientes de los fragmentos provocadores de las alteraciones temporarias de realidad, recrean posicionamientos adversos y contrarios a los prototipos idealizados, cuando adecuadamente orientados a ese fin, deconstruyendo y deshaciendo los vínculos con las fantasías, que son producidos como formas de fugas a los incómodos provenientes de los contenidos sintomáticos, siendo desintegrados poco a poco del cotidiano de los sujetos borderline, por dejaren lentamente de hacer sentido para ellos, ya que no contienen fortalezas y consistencias en las bases compuestas por las disposiciones imaginativas, y, por eso, pierden fuerza para la insistencia y la resistencia, hacia a la total extinción de los aspectos equivalentes a esas sustituciones, que terminan ciclos, debido a la mudanza de foco integrada en las nuevas ideologías de los pacientes, transformando también las intenciones de los cooperadores, que deben estar siempre en consonancia con las modificaciones mínimamente identificadas, pues son ellas, y a partir de ellas, que es posible y viable la instauración de aplicaciones, tanto en la inclusión como en la exclusión de medidas combativas, que, en la cuestión de los farmacológicos, es válida la suspensión, desde que sea verificada la

eliminación de síntomas agudos, muy común con respecto a los derivados de los esquemas constituidos por respuestas desorganizadas y desordenadas, prescindibles de los remedios, cuando detectados ajustes capaces de caracterizar efectos del restablecimiento de los estados de normalidad, los cuales precisan de persistente atención cuanto a los indicadores, a fin de que las alternativas tengan coherencia con el andamio de las ocurrencias, respetando todos los requisitos posibles, con el objetivo único y exclusivo de la contribución positiva para la adquisición y la efectividad de los beneficios contemplados por las instancias y circunstancias envueltas con el trastorno. Además de esas afirmaciones contenidas en Stumpf et al., (2016, p. 16), referentes a la relevancia de los antipsicóticos para la reducción delirante del borderline, es importante enfatizar que, aunque ellos accionen positivamente en casos de desviación de la realidad, según los autores, los estudios dedicados al tema de los medicamentos como auxiliares en el control y combate de síntomas severos relacionados al TPB, demuestran fragilidades de los psicofármacos en aspectos condicionados principalmente a los sentimientos crónicos de vacío, a los disturbios de identidad y a las sensaciones de abandono, clasificaciones que no presentan resultados satisfactorios con el uso regular de los antipsicóticos, siendo por tanto limitado a los requisitos equivalentes a los factores de orden desproporcional del real y del normal, confirmando y reforzando el hecho ya mencionado sobre las insuficiencias generales de los remedios ante variados fenómenos y contextos, de ahí la necesidad de competencia diversificada cuanto a los ajustes empleados para la adopción de los fármacos, una vez que no son la principal fuente de tratamiento del borderline, y, aunque sean comprobados algunos éxitos asociados a la utilización medicamentosa, ella es siempre secundaria, no debiendo ser opción única o sustituta de procedimientos psicoterápicos, pues son estos los agentes cruciales para la estabilización del disturbio, al paso que la medicación desempeña el papel de mediadora complementaria a la intervención terapéutica, funcionando como providencia emergente a las estructuras desadaptadas, y, mismo que eficaz e indispensable en ciertas condiciones, puede, como ya destacado anteriormente, colaborar negativamente en el agravio de los propios efectos a ella destinados, provocar nuevas comorbilidades, o, conforme descrito, intensificar las ya existentes, además de estar sujeta a interferencias desfavorables de los portadores, por cuenta de las incidencias negligentes bastante comunes en la sintomatología, las cuales vienen a comprometer los cuadros, cuando

conducidas de manera equivocada en relación a los químicos, sea por irregularidad, sea por exceso, acciones y reacciones que necesitan indubitablemente de supervisión inmediata y permanente de los participantes empeñados en el suceso de los métodos concedidos para alcance de los progresos, en el sentido general y amplio de superación, de forma que las iniciativas sean total y completamente eficientes a ese objetivo, y no tengan cualquier ligación con esquemas inversos a la reducción de síntomas, ni con el apareamiento de nuevos problemas, cuyo foco se mantenga firme y convicto en el favorecimiento del individuo ante su integridad.

La depresión, condición también muy presente en el disturbo limítrofe, es discutida en el análisis de Stumpf et al., (2016, p. 16), como cuestión relevante a las prescripciones, pues es preciso una percepción apurada acerca de tal estado, para que haya el entendimiento acertado de las medidas adecuadas para cada situación, porque la caracterización depresiva no es propiamente parte integral e integrante del trastorno borderline, pero suele ser recurrente por estar íntimamente subordinada a los fenómenos disruptivos, ya que el individuo no consigue cambiar ciertos y determinados puntos de su rutina, y estos, por su vez, casi siempre pertenecen al ángulo de las complicaciones, cuyos contextos obedecen a preceptos con sistemas crónicos de ocurrencias y frecuencias perjudiciales a varios quesitos, cuyas absorciones, cargadas de negatividad en propiedades inconvenientes, reciben pesos diversificados por comportamientos y acciones, culminando así en desencadenadores correspondientes a la depresión, enfermedad que debe ser asistida con esmero, para que no sea confundida con aislamientos específicos apenas de los estados concernientes a parámetros melancólicos, pero a partir de perspectivas seguras de que tales motivos son y están vinculados única y exclusivamente al borderline, exactamente por las inestabilidades traídas por la patología, que llevan a frustraciones, resultando en el surgimiento de contenidos referentes a las respectivas sensaciones depresivas, que, en el caso de la alternativa farmacológica ser indicada como un adictivo en el sanar de los dispositivos clínicos consecutivamente producidos cuando críticos, ella debe ser basada solamente en criterios agregados a la sintomatología del TPB, que, generalmente, según Stumpf et al. , (2016, p. 16), no siguen los mismos patrones de los trastornos puramente depresivos, cuyos medicamentos, aunque también se trate

de los antidepresivos y ansiolíticos, son prescritos, en gran parte de los pacientes limítrofes, a partir de ciertas elevaciones de cantidad en relación a los síntomas característicos de la depresión, desde que tales indicadores representen disfunciones relacionadas a las estructuras del disturbo, adquiridas justamente por la negatividad de las marcas dejadas y por la falta de artificios codificados para la normalización de las disposiciones, algo que sugiere la comorbilidad directamente conectada con los constructos disruptivos, concluyendo que los remedios deben tender al auxilio asistencial de la depresión como siendo una consecuencia del TPB, hasta porque, conforme Stumpf et al., (2016, p. 16), la medicación es insignificante cuando no hay especificidades depresivas asociadas a los síntomas del borderline, y, a pesar de ser frecuente la asociación y la vinculación entre ambas las composiciones, las anomalías son independientes, y deben ser tratadas separadamente, a través de buscas incesantes y consistentes, con la finalidad de interpretar y definir las relaciones existentes entre caracteres depresivos y limítrofes, para que sea hecha la mejor elección medicamentosa, en el caso de ser detectado el favorecimiento de los remedios a las desregulaciones motivadas y estimuladas por ambos los esquemas, pues, conforme Stumpf et al., (2016, p. 16), los químicos ejercen funciones satisfactorias, ante la prevalencia de una ligación y conexión identificadas y verificadas en las ocurrencias sintomáticas, pero la misma satisfacción no es encontrada cuando no hay propiamente un vínculo capaz de proveer direccionamientos mutuos ejecutados por componentes inestables, impulsivos y depresivos por ejemplo, marcando la alternativa de las fórmulas como un indicio excluyente, pudiendo interferir de forma contraria a las pretensiones, con riesgos de perjuicios variados y versátiles, limitando o mismo impidiendo ajustes. Otra situación bastante recurrente en el trastorno borderline, según Stumpf et al., (2016, p. 16), es la intensa inestabilidad en el humor, experiencia que tienen resultados muy positivos cuando tratadas con estabilizadores, también utilizados por portadores del trastorno bipolar, los cuales, aunque posean especificaciones diferentes del TPB, son referencias relevantes para la aplicación farmacológica a esa modalidad, pues, de acuerdo a Stumpf et al., (2016, p. 16), las prescripciones del borderline siguen prácticamente las mismas normas del TB, con dosis idénticas, porque, a pesar de no contener exactamente disposiciones iguales, ambos cuentan con intensa inestabilidad en el humor, y tienden al control de las disfunciones, cuando expuestos a los medicamentos específicos, corroborando beneficios resistentes a

los pacientes, que confirman la eficacia de los remedios por medio de situaciones aparentemente reversibles, apuntadas anteriormente como incontrolables, y que pasan a responder positivamente, con la presencia de flexibilidad en ideas y actos tenidos como impulsivos e inestables, después de la adopción de los fármacos, que consiguen disminución gradual de los comportamientos extremos, y, consecuentemente, en las cuestiones envueltas con las circunstancias perjudicadas, que ganan formatos optimistas para las posibles recolocaciones del individuo en los niveles convencionales de la normalidad.

## CAPÍTULO VII: LA DIFICULTAD DE DIAGNÓSTICO COMO PERJUICIO A LA IDENTIDAD DEL PORTADOR DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE:

Según la clasificación internacional de enfermedades – CIE “los trastornos de personalidad borderline se clasifican como trastornos de personalidad con inestabilidad emocional. Los trastornos de personalidad explosiva también entran en la misma categoría” (OMS, 1993). Según la CIE:

Ambos trastornos de la personalidad se caracterizan por una marcada tendencia hacia un comportamiento impredecible sin importar las consecuencias; humor impredecible y caprichoso; tendencia a la ira e incapacidad para controlar el comportamiento impulsivo; tiene una tendencia a discutir y entrar en conflicto con los demás, particularmente cuando los actos impulsivos son frustrados o censurados. El tipo "borderline" también se caracteriza por cambios en la imagen de sí mismo, la creación de proyectos y preferencias personales, sentimientos crónicos de vacío, relaciones tensas e inestables y una tendencia al comportamiento autodestructivo. Incluye intentos de suicidio y pensamientos suicidas. (OMS, 1993).

Además de mantener similitudes con el trastorno explosivo de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad también comparte similitudes con el trastorno bipolar de la personalidad, y estas similitudes dificultan mucho el diagnóstico. Esto es un problema porque según el Manual Diagnóstico y Estadístico

de los Trastornos Mentales - DSM, la prevalencia media del trastorno límite de la personalidad en la población se estima en un 1,6%, pero esta media puede llegar al 5,9%. Esta prevalencia es de aproximadamente el 6% entre los pacientes de atención primaria, el 10% entre los pacientes psiquiátricos de ambulatorios y el 20% entre los pacientes hospitalizados por trastornos mentales. El trastorno de personalidad borderline se diagnostica predominantemente y ocurre en aproximadamente el 75% de las mujeres, aunque la prevalencia puede disminuir en los grupos de mayor edad.

También según el DSM (2014):

El curso del trastorno límite de la personalidad es variable. Los patrones más comunes son inestabilidad crónica en la adultez temprana, episodios severos de deseo y afecto descontrolados, y altos niveles de uso de sustancias y atención médica. Los trastornos relacionados con la enfermedad y el riesgo de suicidio fueron mayores en los adultos más jóvenes que en otros grupos y desaparecieron con la edad. La tendencia a experimentar emociones fuertes, impulsos e intensidad en las relaciones es alta y puede durar toda la vida, aunque se puede decir que las personas tratadas con diversos procedimientos suelen mejorar dentro del primer año de tratamiento. Los estudios de personas que reciben tratamiento han demostrado que después de 10 años, hasta la mitad ya no tiene patrones de comportamiento que cumplan con los criterios de diagnóstico del trastorno de personalidad borderline. Además, entre los 30 y los 50 años, la mayoría de las personas con este trastorno han logrado una estabilidad en su vida interpersonal y profesional (APA, 2014).

Con esto en mente, los profesionales de la salud deben comprender y desarrollar estrategias encaminadas a las personas con este disturbio y hacer un diagnóstico temprano, porque muchas veces están frente a nosotros, pero no podemos identificarlos. La intervención social es una estrategia fundamental en el tratamiento de los pacientes borderline. Según Gabbard (1998):

El éxito del tratamiento puede requerir la intervención familiar como primer paso para determinar el papel de las interacciones familiares en el disturbio y el mantenimiento de los síntomas del paciente. Para apoyar este tema, se debe aclarar toda la estructura de la red social.

Pero, ¿cómo se pueden llevar a cabo todos estos cuidados sin pasar primero por la etapa de diagnóstico de la enfermedad? Con tantas dudas y dificultades a las que se enfrentan los profesionales en el área, ¿cómo se hace un diagnóstico? Por lo tanto, la falta de información sobre el trastorno de personalidad borderline se



considera uno de los factores agravantes, lo que requiere que los profesionales de la psicología y la psiquiatría estén dispuestos a aprender más sobre este tema para que puedan cambiar el concepto de evaluación psicopatológica descrito anteriormente.

Para comprender mejor, dado que esta patología se presenta principalmente en la edad adulta joven, muchas veces causada por traumas infantiles y abandono de los padres, es importante que los profesionales de la salud informen a los padres sobre la necesidad de cuidados y afecto. Un paciente borderline es una persona vulnerable, a veces bondadosa, amable, competente e incluso involucrada en situaciones complejas y estresantes, con un patrón típico de confusión, autoimagen, inestabilidad emocional e interpersonal, proclive a episodios psicóticos de corta duración. Tiende a experimentar despersonalización o desrealización durante momentos de ansiedad intensa o en situaciones no estructuradas.

“Las personas con trastorno bipolar viven una vida estresante, ya que no pueden hacer frente a la ansiedad extrema. La aceptación de estos pacientes es crucial para ayudarlos a adherirse al tratamiento” (Cunha, 2008). Con estas características, el trastorno acaba afectando las relaciones interpersonales y muchos prejuicios e incomprensiones impregnan sus relaciones. Mal diagnosticadas, las personas con trastorno límite de la personalidad a menudo son etiquetadas como "irresponsables", "egoístas", "desequilibradas" y "difíciles", lo que solo aumenta su inestabilidad y las acerca a la locura porque les cuesta superarlo. En sí, este tipo de personas son las que más necesitan apoyo emocional porque nadie quiere estar mentalmente enfermo, pero muchas veces estos pacientes sufren de juicios inapropiados y que pueden incluso empeorar su estado emocional (Cunha, 2008).

No debería ser difícil identificar a una persona con trastorno límite de la personalidad, ya que estos síntomas pueden perturbar a todos los que la rodean, especialmente a los miembros de la familia. El cuadro incluye algunas manifestaciones típicas de diversos trastornos mentales, como la esquizofrenia, la depresión, el trastorno bipolar, pero en general, los pacientes no se alejan del todo de lo que se considera normal para encajar en esta categoría. “La "síndrome" borderline es, pues, un mosaico de síntomas menos evidentes de diversas

enfermedades, el que también contribuye al diagnóstico tardío, que afecta cada vez más el *self* del paciente”. (Lanham, 1993). Los síntomas varían desde malestar exagerado, experiencias disociativas, despersonalización y pérdida de percepción de la realidad. Otros síntomas se asemejan a la psicosis con episodios breves y limitados de delirios y alucinaciones basados en la realidad. Se cree que los trastornos de identidad pertenecen al dominio cognitivo porque se basan en una serie de creencias falsas, como que una persona es buena un minuto y mala al siguiente. (Lanham, 1993).

Las personas con trastorno límite de la personalidad tienen una alta inestabilidad emocional y tienden a actuar de manera impulsiva sin considerar las posibles consecuencias de sus actos. Pereira, 1999 describe los elementos diagnósticos fundamentales de esta condición como: síntomas neuróticos múltiples y persistentes, presencia de ansiedad crónica, difusa y fluctuante; polifobia, trastorno obsesivo-compulsivo, reacciones disociativas, síntomas de cambios extraños, tendencias hipocondríacas y paranoicas, tendencias paradójicas polimórficas, componentes de personalidad paranoica, dividida y maníaca, tendencias impulsivas y diversos tipos de abuso de sustancias, y personalidades impulsivas y desorganizadas. También se evaluaron inestabilidad emocional, exposición y necesidad de dependencia y sentimientos crónicos de vacío.

Debido a sus diferentes síntomas y manifestaciones, es importante distinguir el trastorno límite de la personalidad de otras psicopatologías e investigar y comprender adecuadamente las características del trastorno para establecer un diagnóstico correcto. Por lo tanto, si una persona es sospechosa de trastorno límite de la personalidad, debe someterse a un proceso de evaluación psicológica. Cuanto antes se haga, menos daño puede causar al propio paciente.

La evaluación psicológica es una de las áreas más conocidas de la psicología que proporciona una comprensión más clara y concreta del funcionamiento mental de un individuo. “La evaluación psicológica se basa en una teoría específica y está diseñada para identificar y evaluar varios aspectos, clasificar un caso y predecir su dirección, comunicar resultados a través de comentarios y sugerir soluciones”. (Kuna, 2008). Sin embargo, la evaluación psicológica de los pacientes con trastorno

límite de la personalidad es difícil debido a la variedad de mecanismos de defensa que suelen emplear. Linehan, 1993, cita ejemplos tan importantes como: división, separación entre extremos, separación del bien del mal en uno mismo y en los demás; percepción primitiva, la tendencia a creer que el otro es completamente bueno o completamente malo. Omnipotencia y devaluación, que pueden trabajar juntos para describirse uno mismo como grandioso, descalificando así a los demás; la identificación proyectiva, en la que se desarrollan los aspectos agresivos de la personalidad, obligando al individuo a intentar protegerse de la "aparición" de un objeto peligroso; Hay una negación, una cancelación del sentimiento o percepción, haciendo que pierda su contenido emocional, y así el sujeto trata al sujeto con indiferencia.

Como resultado, las dificultades para establecer un diagnóstico pueden causar una variedad de daños a las personas con trastorno límite de la personalidad, ya que el trastorno afecta gravemente la vida del paciente y causa un daño significativo tanto a la persona afectada como a la gente a su alrededor. Teniendo en cuenta toda la literatura revisada y los datos recopilados en preparación para este trabajo, es importante establecer diagnósticos apropiados para reducir las autolesiones en personas con trastornos límite por dificultades de diagnósticos.

Una vez diagnosticada, la intervención social será una estrategia clave para tratar a los pacientes marginados. Según Gabbard, 1998:

La intervención familiar puede ser necesaria para el éxito del tratamiento como el primer paso para determinar el papel de las interacciones familiares en la patogenia y el mantenimiento de los síntomas del paciente. Es necesario establecer claramente una red de apoyo social completa del sujeto, lo que solo se puede hacer después del diagnóstico.

Para comprender mejor este tema, profundizamos en su conceptualización para facilitar la comprensión para un diagnóstico más certero. Según la teoría biosocial (Linehan, 1993):

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad se caracterizan por una vulnerabilidad y desequilibrio emocional. La vulnerabilidad emocional implica un umbral de respuesta emocional bajo, lo que significa una respuesta fuerte y sostenida a los estímulos emocionalmente excitantes. El desequilibrio emocional es la incapacidad de controlar o regular las experiencias emocionales. En este contexto, los comportamientos

impulsivos y autodestructivos que se observan comúnmente en tales trastornos son respuestas a emociones negativas y funciones que a menudo regulan las emociones. Por lo tanto, la presencia de un estado emocional negativo puede aumentar la probabilidad del comportamiento impulsivo de este cliente. Además de la inestabilidad emocional y las dificultades interpersonales antes mencionadas, también existen dificultades en el control de los impulsos, que se manifiestan en conductas autodestructivas y riesgo suicida (Aragónés, 2013).

El trastorno límite de la personalidad es diagnosticado por un profesional de la salud mental calificado durante una evaluación psiquiátrica. Este enfoque ayuda a los pacientes a aceptar mejor su diagnóstico. Sin embargo, para lograr mejores resultados, los portadores necesitan la supervisión de un psicólogo. Sin embargo, el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad es controvertido porque es difícil de tratar y manejar para los profesionales de la salud en general. La investigación muestra que existe la necesidad de cambiar los estándares, los marcos teóricos, los enfoques diagnósticos y psicoterapéuticos. “En este sentido, investigaciones recientes han demostrado que la evaluación de la dimensión de la personalidad y la terapia cognitivo-conductual son métodos efectivos de evaluación y tratamiento, respectivamente”. (Soares, 2010).

Debido a que presenta varios síntomas de otras enfermedades, su diagnóstico es difícil y muchas veces se confunde con el trastorno bipolar. El trastorno bipolar a menudo se diagnostica tarde, lo que causa daño al paciente y empeora aún más los síntomas patológicos de la enfermedad. Por lo general, los clientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad dejan al terapeuta sintiéndose impotente y confundido porque dicen que no saben quiénes son, qué les gusta o qué quieren de la vida. Su comportamiento, tanto público como privado, tiende a contradecirse y cambiar rápidamente. A menudo interrumpen el tratamiento o no pueden aprovecharlo al máximo. “Cuando se les da a elegir, a menudo les resulta difícil tomar una decisión. Los intentos de suicidio también son frecuentes por la intensidad del sufrimiento y muchas veces remiten a una crisis de identidad”. (Conte y Brandon, 2001).

En las personas con trastorno límite de la personalidad, la autolesión ocurre en aproximadamente el 80 por ciento de los casos, pero se sabe poco sobre los mecanismos involucrados. Algunos estudios sugieren que este comportamiento está

relacionado con la disfunción de la serotonina. Por otro lado, en la literatura psicoanalítica se han propuesto varias explicaciones psicodinámicas para las autolesiones, como el alivio del estrés, alivio de la despersonalización, el autocastigo, la castración simbólica y la formación de límites del ego. (Soares, 2010).

Lopez et al, 2010 informaron que el tratamiento se basa en psicofármacos, seguimiento psiquiátrico y psicológico y, según el estadio de la enfermedad, puede implicar terapia individual y grupal o incluso hospitalización. La terapia con medicamentos se incluye en el tratamiento de pacientes límite para combatir los síntomas, principalmente en pacientes afectivos, impulsivos, psicóticos y ansiosos. Entre los fármacos utilizados para el control de los impulsos destacan los estabilizadores del ánimo, especialmente la carbamazepina, los antipsicóticos y los antidepresivos. Se ha demostrado que la carbamazepina, el valproato de sodio y el litio son efectivos para controlar la impulsividad/agresión en estudios controlados (Soloff, 1994). Una vez más, se pone de manifiesto la importancia del diagnóstico precoz, ya que, si a una persona se le diagnostica un trastorno límite de la personalidad, automáticamente también se retrasan los procedimientos médicos relacionados con el tratamiento.

Por ejemplo, las manifestaciones alérgicas pueden limitar seriamente el uso de carbamazepina incluso en el momento del diagnóstico e inicio del tratamiento. Según los estudios de registro, aproximadamente 6 de cada 15 pacientes tratados desarrollaron anafilaxia. En los casos más graves, 3 de ellos tuvieron que dejar de tomar la medicación. (Soloff, 1994). Entre los antidepresivos destacó la venlafaxina, que redujo las autolesiones en el 80 % de los casos y redujo por completo las autolesiones en alrededor del 69 % de los pacientes tratados, según los resultados de un estudio en 44 pacientes con trastorno límite de la personalidad (Lopez et al., 2010). Otros trastornos, como el obsesivo-compulsivo (Primeau y Fontaine, 1987), también han mostrado reducciones en las autolesiones con antidepresivos serotoninérgicos.

Investigaciones recientes también han demostrado que las personas con trastorno límite de la personalidad muestran una mejora significativa en el delirio y

las crisis importantes después del diagnóstico y la supervisión profesional. Estos estudios también muestran que los profesionales de la salud deben involucrarse con los pacientes, brindar orientación sobre enfermedades y medicamentos, administrar medicamentos según lo prescrito y promover una atención humana y respetuosa. Con la ayuda adecuada, los pacientes pueden afrontar mejor el estrés de la enfermedad mental. Si esta asistencia profesional también se extiende a la familia y la comunidad del paciente para ayudarlos a comprender mejor la enfermedad mental, esto se refleja en la presentación clínica del paciente. Estas actividades contribuyen a la relación interpersonal y terapéutica a medida que los profesionales comienzan a percibir y observar, desarrollan interpretaciones efectivas, desarrollan ámbitos para la toma de decisiones, planifican la asistencia y evalúan el comportamiento y los procesos de desarrollo (Lozepa et al., 2010).

Al atender a un paciente correctamente diagnosticado, los profesionales de la salud deben ser conscientes de que están tratando al paciente. Aunque esta situación es difícil de afrontar, porque muchas veces el afectado parece completamente normal, es necesario entender que necesita ayuda cualificada y emocional. “Un principio en psiquiatría es también la obligación de mostrar solidaridad con personas, grupos, familias y comunidades locales con el objetivo de la cooperación entre individuos en la protección y mantenimiento de la salud” (Miranda, 1999). Evidentemente, debido a que el diagnóstico es tardío, los pacientes con trastorno límite de la personalidad no recibirán este tratamiento, lo que les afectará cada vez más, lo que, como ya se ha dicho, empeorará la depresión, formará brotes e incluso puede conducir al suicidio.

La realización de un seguimiento terapéutico a los pacientes psiquiátricos permite identificar dificultades comunes entre ellos: interrupción de las actividades diarias, dificultad para conciliar el sueño y problemas con la medicación, ya sea por resistencia a sus efectos secundarios o por el franco rechazo al uso de los mismos medicamentos. Una de las dificultades del acompañamiento terapéutico es el extrañamiento y la desconfianza de quienes no saben cómo funciona, incluidos familiares y psiquiatras (Pitiá, 2002). Se cree que el acompañamiento terapéutico es una modalidad muy efectiva para aumentar la adherencia del paciente al tratamiento, ya que el psiquiatra puede reconocer los límites de los pacientes y

asegurar un tratamiento que sea posible de realizar por ellos. En este tipo de abordaje, el profesional puede actuar principalmente a través de modelos de estimulación para el paciente. Lo más importante de todo esto es que el profesional reconocerá la realidad y podrá trabajar con él, su casa, su comunidad y su trabajo, espacios que por mucho tiempo quedaron ajenos a la asistencia a los enfermos mentales. Reinsertarlo en estos espacios es uno de los mayores retos de los profesionales que trabajan en este ámbito. (Andrade, Pedrão, 2005).

Sin embargo, todas estas actuaciones, así como el manejo de la medicación, el seguimiento del estado clínico y el adecuado asesoramiento profesional, sólo pueden llevarse a cabo una vez establecido el correcto diagnóstico del paciente. Por lo tanto, es muy importante no solo hacer esto, sino hacerlo a tiempo, antes de que la patología cause más problemas al propio paciente. Como se mencionó anteriormente, si no se trata adecuadamente, el trastorno límite de la personalidad puede provocar episodios psicóticos o aumentar el riesgo de autolesión y muerte. Sentirse fuera de control puede provocar reacciones impredecibles, ya que las personas con este trastorno tienen una fuerte tendencia a malinterpretar diversas situaciones. Aunque no existe una cura clara para la enfermedad, el control de los síntomas es fundamental para la salud del paciente. (Andrade, Pedrán, 2005).

Además, saber exactamente si el trastorno límite de la personalidad se puede curar podría reducir significativamente el impacto negativo del trastorno en la calidad de vida de las personas que lo padecen. El primer enfoque es comprender los efectos de la enfermedad y, si es necesario, encontrar formas de controlarla. Aunque no hay evidencia médica de que la enfermedad se pueda curar de forma permanente, un curso de intervención especializado puede reducir los síntomas y ayudar a los pacientes a recuperar el equilibrio emocional, independientemente de la extensión del daño. Por lo tanto, es necesario tratar al individuo para evitar complicaciones más graves. Pero está claro que cuanto antes se haga el diagnóstico, menos daño se hace a los portadores. (Andrade, Pedrán, 2005).

Según Pitia, 2002:

Los datos de investigaciones recientes muestran que los pacientes que pueden participar en un plan de tratamiento adecuado pueden reducir los síntomas, restaurar la función y restaurar la calidad de vida. El tiempo de

tratamiento para conseguir estos resultados es de aproximadamente 2 años si el diagnóstico se realiza antes de la progresión patológica. (Pitia, 2002).

El diagnóstico psiquiátrico de un trastorno límite incluye los siguientes elementos: ansiedad relacionada con una crisis situacional, que se manifiesta como agitación, nerviosismo, irritabilidad, capacidad reducida para resolver problemas y tendencia a culpar a los demás; bajos niveles de fracaso situacional, pérdida y rechazo, autoestima manifestada como signos de impotencia, insomnio asociado a ansiedad y depresión, riesgo de autolesión, riesgo de violencia. Los especialistas en psicología y psiquiatría deben seguir y ayudar a desarrollar un plan de cuidados efectivo para la recuperación del paciente que sea seguido por todo el equipo interdisciplinario, así como por los familiares del paciente. Igual de importante es que si se cuenta con los servicios de una enfermera, esta debe poder asistir a la persona con Trastorno Límite, ya que el psicólogo o psiquiatra no puede estar con él todo el tiempo. Otros profesionales de la salud reconocen a las enfermeras como comunicadoras e integradoras de conocimientos diversos, principalmente porque el principal vínculo entre la salud y los clientes es la presencia constante con los pacientes y la detección más fácil de los cambios que ocurren las 24 horas del día. Para ello, el profesional deberá recibir la formación continua necesaria, así como una formación documentada que le permita servir a cualquier miembro de la sociedad. (Nascimento, 1998).

Los trastornos de personalidad aparecen cada vez más en la literatura científica como objeto de revisiones teóricas y estudios empíricos (Pastore & Lisboa, 2014). Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2014):

Un trastorno de personalidad es un patrón persistente de comportamiento y experiencia que no se ajusta a las expectativas culturales de la profesión. Es un patrón fragmentado e inflexible que comienza en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, es estable en el tiempo y causa angustia o daño al individuo que lo experimenta y a quienes lo rodean.

Dentro de los trastornos de la personalidad, se puede decir que existe un grupo de enfermedades que ocupan un lugar importante por su complejidad, heterogeneidad y dificultades de tratamiento: los trastornos límite de la personalidad. Sin embargo, estas dificultades de tratamiento pueden resolverse mediante un diagnóstico precoz.



Pero como hemos visto en este capítulo, las consecuencias para el propio individuo pueden ser fatales si se retrasan.

#### REFERENCIAS:

ALCHIERI, João Carlos; SERVO, Larissa Socal; NÚÑEZ, Janaína Castro. Avaliação de Estilos de Personalidade segundo a Proposta de Theodore Millon. Rev. Psico, v. 36, n. 2, 4 mayo. 2006, pp. 175-179. Disponible en: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1387/1087>. [acceso](#) en: 27 feb. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

ANDRADE, Rubia Laine de Paula, PEDRÃO, Luiz Jorge. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. Rev Latino-am 2005 setembro, outubro; 13(5):737-42.

ARAGONES, Enric, et al. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gac Sanit.* 2013; 27(2):171–4.

BAPTISTA, Nuno Jorge Mesquita. Teorias da Personalidade. Publicado en el portal [www.psicologia](http://www.psicologia.pt). Com.pt. Documento producido en: 26 sep. 2010. Trabajo de curso realizado en el ámbito del 3º año de la Licenciatura em Aconselhamento Psicossocial en ISMAI Portugal, em 2008. Disponible en:

<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0197.pdf>. Acceso en: 8 feb. 2021.

BASEGGIO, Denice Bortolin. Abandono Psíquico dos Pais na Constituição do Self. IV Jornada de Pesquisa em Psicologia: desafios atuais nas práticas da psicologia, 2011. Disponible en:

[https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada\\_psicologia/article/view/10201](https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10201).

Acceso en: 23 dic. 2021.

CARVALHO, Lucas de Francisco. Teoria, Avaliação e Psicoterapia segundo a Proposta de Theodore Millon. *Rev Psico-USF*, V. 16, N. 3, Itatiba sep/dic. 2011. Print Version ISSN 1413-8271. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712011000300010](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000300010). Acceso en: 4 feb. 2021.

CARVALHO, Lucas de Francisco; BARTHOLOMEU, Daniel; DA SILVA, Marjorie Cristina Rocha. Instrumentos para Avaliação dos Transtornos da Personalidade no Brasil. *Rev. Avaliação Psicológica*, v. 9, n. 2, ago. 2010, pp. 289-298. Ribeirão Preto, Brasil: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/3350/335027283013.pdf>. Acceso en : 5 mar. 2021.

CARVALHO, Lucas de Francisco; SETTE, Catarina Possenti; CAPITÃO, Cláudio Garcia; PRIMI, Ricardo. Propriedades Psicométricas da Versão Revisada da Dimensão Necessidade de Atenção do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, ISSN 1413-389X, v. 22, n. 1, apr, 2014, pp. 147-160. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751527012.pdf>. Acceso en: 30 maio. 2021.

CLONINGER, (1993). Citación de (HANSENNE, 2003) y de (BAPTISTA, 2010). Disponible en : <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0197.pdf>. Acceso en : 8 feb. 2021.

CONTE, F.C.S, e BRANDÃO, M.Z.S. (2001). Psicoterapia Funcional-Analítica: O Potencial de Análise da Relação Terapêutica no Tratamento de Transtornos de Ansiedade e de Personalidade. Em B. Range (org.) *Psicoterapias Cognitivocomportamentais: Um Diálogo Com a Psiquiatria*. (pp. 19-33). Porto Alegre: Artmed Editora.

CUNHA, A. J. (2008). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artmed.

DA SILVA, Flávia Gonçalves. Subjetividade, Individualidade, Personalidade e Identidade: Concepções a partir da Psicologia Histórico-Cultural. Rev. De Psicologia da Ed. São Paulo, 28. 1º sem. De 2009, p. 169-195. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicoeduca/article/view/43108>. Acesso em : 19 feb. 2021.

DE SOUSA, Ana Carolina Aquino; VANDENBERGHE, Luc. A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental. Interação em Psicologia, Curitiba, dic. 2005. ISSN 1981-8076. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/4778/3666>. Acesso em: 30 jan. 2021.

DINIZ, Giselle César Vieira; ROCHA, Zeferino. REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE / FORTALEZA / Ceará, Brasil, E-ISSN: 2359-0777V. VI / N. 1 / P. 125 - 142 / MAR. 2006. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/1543>. Acesso em: 23 sep. 2021.

ERTHAL, Tereza Cristina S.ar. Bras. Psic. Rio de Janeiro: 36 (3): 90.98, jul./sep. 1984. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/19007/17741>. Acesso em : 3 mar. 2021.

FERREIRA, Mário B. ; MARQUES, Leonel Garcia; TOSCANO, Hugo; CARVALHO, João; HAGÁ, Sara. Para uma Revisão da Abordagem Multidimensional das Impressões de Personalidade O Culto, o Irresponsável, o Compreensivo e o Arrogante. Rev. Análise Psicológica, v. 29, n. 2, 2011, pp. 315-333. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/publicacoes/index.php/ap/article/view/55/pdf>. Acesso em : 4 mar. 2021.

GABBARD, GO. Psiquiatria psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed; 1998.

GALVÃO, Ana Paula Sandes. Educação para os Direitos Humanos: A Constituição do Self e a Ação Criativa em Diferentes Contextos do Brincar. XXIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Ciências Sociais, Humanas e Filosofia, n. 24, 2020. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/6905>. Acesso em: 31 dic. 2021.

GENARO JUNIOR, Fernando. Considerações sobre a Constituição do Self e da Religiosidade na Pessoa Humana. Estudos de Psicologia I Campinas I 25(4) I 527-533 I outubro - dezembro 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/TNbx7QXxdGBLpSwDT8CZCgt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 dic. 2021.

GOMES, Ramon Cerqueira. A Constituição do Self Educacional em Adolescentes: A produção Dialógica de Sentidos acerca da Participação dos Pais na Vida Acadêmica dos Filhos. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Pós-graduação em Psicologia, 2014. Disponível em: [https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/ramon\\_gomes.pdf](https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/ramon_gomes.pdf). Acesso em: 31 dez. 2021.

GUERRA, Cátia; DOELLINGER, Orlando Von; COELHO, Rui. Personalidade Borderline: Dos Limites do Self aos Limites do Corpo. Rev. Do Serviço de Psiquiatria

do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, [www.psicologos.com](http://www.psicologos.com), V. 12, N. 172, PP. 72-79, jun. 2014. Disponible en: <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/3439/4884>. Acceso en: 3 feb. 2021.

HANSENNE, (2003). Citación de (BAPTISTA, 2010). Disponible en: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0197.pdf>. Acceso en : 8 feb. 2021.

HUTZ, Cláudio S; NUNES, Carlos H. ; SILVEIRA, Alice D. ; SERRA, Jovana; ANTON, Márcia; WIECZOREK, Luciane S. O Desenvolvimento de Marcadores para a Avaliação da Personalidade no Modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Psicol. Reflex. Crit.* , Versión Impresa ISSN 0102-7972, Versión en Línea ISSN 1678-7153, Porto Alegre, V. 11, N. 2, Pp. 395-411, 1998. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721998000200015&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721998000200015&script=sci_arttext&tlng=pt). Acceso en: 20 mayo. 2021.

ITO, Patrícia do Carmo Pereira; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Diferenças Individuais: Temperamento e Personalidade; Importância da Teoria. *Rev. Estud. Psicol.* (Campinas), V. 19, N. 1, Versión Impresa ISSN 0103-166, Versión en Línea ISSN 1982-0275, Campinas, jan./abr. 2002. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2002000100008&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2002000100008&script=sci_arttext). Acceso en : 17 feb. 2021.

KERNBERGH, Otto, (1967). Citado por (DE SOUSA; VANDEMBERGHE, 2005). Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/4778/3666>. Acceso en: 30 jan. 2021.

LINEHAN, Marsha. *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.

LOPEZA, MTG, PÉREZB MFM, RAÚL OL. Compreendendo o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline. *Rev. Assoc. Esp. Neuropsiq.*, 2010; 30(106):263-78.

MACK, (1975). Citado por: DE SOUSA; VANDEMBERGHE, (2005). Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/4778>. Acceso en: 30 jan. 2021.

MARTINS. Lígia Márcia. A Natureza Histórico-Social da Personalidade. *Cad. Cedes*, V. 24, n. 62, Campinas, Apr. 2004, versión en línea ISSN 1678-7110. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32622004000100006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32622004000100006&script=sci_arttext&tlng=pt). Acceso en : 24 feb. 2021.

MAZER, Angela K. ; MACEDO, Brisa Burgos D.; JURUENA, Mário Francisco. Transtornos da Personalidade. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: *Rev. De Medicina da USP de Ribeirão Preto*, en línea 2017;50, supl. 1, jan. 85-fev. 97, 22 ago. 2016, Suplemento Temático: Psiquiatria I, Cap. 9. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/268328039.pdf>. Acceso en : 9 mar. 2021.

MILLON: (1981). Citado por: DE SOUSA; VANDEMBERGHE, 2005). Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/4778>. Acceso en: 30 jan. 2021.

MIRANDA, Cesar. Algumas questões sobre a assistência de Enfermagem psiquiátrica de qualidade. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. Cadernos do IPUB 1999; 3:95-101.

MIURA, P. O.; NETO, A. N.; PAIXÃO, R.; REDONDO, A. J. L. A constituição do self a partir das relações familiares abusivas: um enfoque winnicottiano. Psicologia Revista, [S. I.], v. 20, n. 1, p. 43–66, 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/6792>. Acesso em: 18 oct. 2021.

NASCIMENTO, Elisabeth. (1998). Adaptação da terceira edição da escala Wechsler de inteligência para adultos (WAIS – III) para uso no contexto brasileiro. Temas em Psicologia, 6 (3), 263-270.

NORONHA, Ana Paula Porto. Análise de Testes de Personalidade, Qualidade do Material, das Instruções, da Documentação e dos Itens Qualidade de Testes de Personalidade. Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil, v. 19, n. 3, sep/dic, 2002, pp. 55-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/Pn68WfFmJLqqcfxF3YTHntQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 jun. 2021.

NORONHA, Ana Paula Porto; FREITAS, Fernanda Andrade; SARTORI, Fernanda Argentini; OTTATI, Fernanda. Informações Contidas nos Manuais de Testes de Personalidade. Psicologia em Estudo, Maringá, Paraná, Brasil, v. 7, n. 1, jan./jun, 2002, pp. 143-149. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/cVSKCY9DJrQDjBZSbzqZBhB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

NORONHA, Ana Paula Porto; VENDRAMINI, Claudete Maria Medeiros. Parâmetros Psicométricos: Estudo Comparativo entre Testes de Inteligência e de Personalidade. Rev. Psicol. Reflex. Crit. , V. 16, N. 1, 2003, Pp. 177-182. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/grWL3kh63gS3JBTmqhDSYPJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio. 2021.

NUNES, Fábio Luiz; DE REZENDE, Helga Alessandra; SILVA, Renata Saldanha; ALVES, Marcela Mansur. Eventos Traumáticos na Infância, Impulsividade e Transtorno da Personalidade Borderline. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Rio de Janeiro, Versão Impressa ISSN 1808-5687, Versão Online ISSN 1982-3746, v. 11, n. 2, dez, 2015, pp. 68-76. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v11n2/v11n2a02.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PASTORE, Edilson., LISBOA, Carolina Saraiva de Macedo. (2014) Transtorno de Personalidade Borderline, tentativas de suicídio e desempenho cognitivo. *Psicologia Argumento*, 32 (79), 9-17.

PASQUALI, Luiz. Os Tipos Humanos : A Teoria da Personalidade, Ed. Cop-Market.com, 2000. Série: Avaliação e Medida, Brasília, 1999. Disponível em: Disponível em: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34330310/Os\\_Tipos\\_Humanos\\_-\\_A\\_Teoria\\_da\\_Personalidade.pdf?1406799116=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DOs\\_Tipos\\_Humanos\\_A\\_Teoria\\_da\\_Personalida.pdf&Expires=1614350643&Signature=YHIMI5Y-y1~guKgB1Xd722fpnOZzgccHxgv8QjzpEUyiUxilnDS4ZxDkla5f~UoW85A~yq~IM8jUNIsTc-Y0zW2KFb2hLzGZSVBJcypYCWvwdTOa4o7G3NtJaBtTPMwiExspjjONI~LeTIHwuysncL2~dVnh2VqfzxGMN8IARFsW6PLxjtY3VgTF1~5WegldAhFybGCWGCqQYcG5HjwW0tQE~JXS4SgpvRbaV3euNnGvjPfMaAqdD9PmoZWUZQnxgvhy0MoOOS56GCv3ISMPBRXCGU~mJX6gYjhrZOgH2Nt7SunZbN0yWBQL18C3omQHl6~aViHq7WHJCBI8i4cZg\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34330310/Os_Tipos_Humanos_-_A_Teoria_da_Personalidade.pdf?1406799116=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DOs_Tipos_Humanos_A_Teoria_da_Personalida.pdf&Expires=1614350643&Signature=YHIMI5Y-y1~guKgB1Xd722fpnOZzgccHxgv8QjzpEUyiUxilnDS4ZxDkla5f~UoW85A~yq~IM8jUNIsTc-Y0zW2KFb2hLzGZSVBJcypYCWvwdTOa4o7G3NtJaBtTPMwiExspjjONI~LeTIHwuysncL2~dVnh2VqfzxGMN8IARFsW6PLxjtY3VgTF1~5WegldAhFybGCWGCqQYcG5HjwW0tQE~JXS4SgpvRbaV3euNnGvjPfMaAqdD9PmoZWUZQnxgvhy0MoOOS56GCv3ISMPBRXCGU~mJX6gYjhrZOgH2Nt7SunZbN0yWBQL18C3omQHl6~aViHq7WHJCBI8i4cZg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA). Acesso em : 26 fev. 2021.

PEREIRA DE OLIVEIRA, Marcella. Melanie Klein e as fantasias inconscientes. Winnicott e-prints, São Paulo , v. 2, n. 2, p. 1-19, 2007 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-432X2007000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000200005&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 1 fev. 2021.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A Introdução do Conceito Estados Limítrofes em Psicanálise: O Artigo de A. Stern sobre “The Borderline Group of Neuroses”. *Clássicos da Psicopatologia: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* V. II, N 2, [S.l.], pp 153-158. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n2/1415-4714-rlpf-2-2-0153.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2021.

PFEIFFER, (1974). Citado por: DE SOUSA; VANDEMBERGHE, (2005). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/4778>. Acesso em: 30 jan. 2021.

PITIÁ, Ana Celeste Araujo. Acompanhamento terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em construção. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2002.

PLOMIN, (1984). Citação de (HANSENNE, 2003) y de (BAPTISTA, 2010). Disponível em : <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0197.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2021.

PRIMEAU, Francois.,et al \_ Obsessive disorder with self-mutilation: a subgroup responsive to pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 32: 699-700, 1987. Resolução COFEN-159/1993. Documentos Básicos, maio de 2006.

ROUSSOS, Andrés J; ECHEBARNE, Ignacio; WAIZMANN, Vanina. Un Esquema Clasificador para las Intervenciones en Psicoterapia Cognitiva y Psicoanalítica. Anuario de Investigaciones, V. 13, Facultad de Psicología UBA: Secretaría de Investigaciones, 2005, Pp. 51-61. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v13/v13a05.pdf>. Acceso en: 30 abr. 2021.

SADI, Hérika de Mesquita. Análise dos comportamentos de Terapeuta e Cliente em um Caso de Transtorno de Personalidade Borderline. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, 2011. Disponible en: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-04112011-115705/publico/sadi\\_do.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-04112011-115705/publico/sadi_do.pdf). Acceso en: 30 jun. 2021.

SAFRA, Gilberto. A vivência do sagrado e a constituição do self. Temas psicol., Ribeirão Preto , v. 6, n. 2, p. 147-151, ago. 1998 . Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1998000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1998000200007&lng=pt&nrm=iso). Acceso en: 31 dez. 2021.

SAFRA, Gilberto. Os registros do masculino e feminino na constituição do self. J. psicanal, São Paulo , v. 42, n. 76, p. 77-89, jun. 2009 . Disponible en [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352009000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352009000100006&lng=pt&nrm=iso). acceso en 12 sep. 2021.

SÁNCHEZ, Roberto Oscar. Theodore Millon, una Teoría de la Personalidad y su Patología. Rev. Psico-USF, (impr), V. 8, N. 2, Itatiba, jul/dic. 2003, Print Version ISSN 1413-8271. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712003000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es). Acceso en: 05 feb. 2021.

SIMONI, Liliam; BENEDETTI, Silvia Pereira da Cruz; BBITENCOURT, Aline Alvares. Intervenções do Terapeuta Psicanalítico no Processo Psicoterapêutico de uma Paciente com Transtorno de Personalidade Borderline. Trends Psicol., Ribeirão Preto, ISSN 2358-1883, v. 26, n. 3, pp. 1499-1512, set, 2018. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n3/2358-1883-tpsy-26-03-1499.pdf>. Acceso en: 3 abr. 2021.

SISTO, Fermino Fernandes. Traços de Personalidade e Emoções: Evidência de Validade. Paideia, 15 (29), 2004, Pp. 359-369. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/YBtsp3TTrBXMJv6hPyZLDdx/?format=pdf&lang=pt>. Acceso en: 24 ago. 2021.

SOARES, Marcos Hirata. Estudos sobre transtornos de personalidade Antissocial e Borderline. Acta paul. enferm.[online]. 2010, vol.23, n.6, pp. 852-858. ISSN 0103-2100.

SOLOFF, Adam. Is there any drug treatment of choice for the borderline patient? Acta Psychiatr Scand 89 (Suppl 379): 50-55, 1994.

STUMPF, Bárbara Perdigão; CRUZ, Lidia; HARA; Cláudia; ROCHA, Fábio Lopes. Transtorno de Personalidade Borderline: O Paciente Difícil na Prática Médica. REV BRAS CLIN TERAP - SNC - VOL. 1 - Nº 1 - AGOSTO/2016, pp. 11-18. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Barbara-Stumpf/publication/313599323\\_Transtorno\\_de\\_personalidade\\_borderline\\_o\\_pacient\\_e\\_dificil\\_na\\_pratica\\_medica/links/589f3969a6fdccf5e96d2ec5/Transtorno-de-personalidade-borderline-o-paciente-dificil-na-pratica-medica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Barbara-Stumpf/publication/313599323_Transtorno_de_personalidade_borderline_o_pacient_e_dificil_na_pratica_medica/links/589f3969a6fdccf5e96d2ec5/Transtorno-de-personalidade-borderline-o-paciente-dificil-na-pratica-medica.pdf). Acesso em: 22 feb. 2022.

VERÍSSIMO, Ramiro. Personalidade. Conhecer as Pessoas. Pporto: Fac. Medicina do Porto, (2001). Slim Books Series. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9130/2/13810.pdf>. Acesso em : 2 mar. 2021.

VIDAL, Manola; LOWENKRON, Theodor. Ensino da Psicoterapia no Atendimento Psiquiátrico dos Pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline. Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Rio de Janeiro, V. 26, N. 4, PP. 725-728, 10 oct. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/16.pdf>. Acesso em: 3 feb. 2021.

VOLPI, José Henrique. Particularidades sobre o Temperamento, a Personalidade e o Caráter, segundo a Psicologia Corporal. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara. Psicologia Corporal. Revista Online ISSN 1516-0688. Curitiba: Centro Reichiano, 2004. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Artigos/VOLPI-Jose-Henrique-Particularidades-sobre-o-temperamento-a-personalidade.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2021.