



Una Contribución al estudio de los estados límites

Andrés García Siso

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

TESIS DOCTORAL

"UNA CONTRIBUCION AL
ESTUDIO DE LOS
ESTADOS LIMITES"

La organización límite de la personalidad en la
adolescencia y el Test de Szondi.

Andrés García Siso

Reus 1990.

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700675337



UNIVERSITAT DE BARCELONA

Sant Llorenç, 21
43201 Reus
Tel. (977) 31 89 22

Divisió Centres Universitaris
del Camp de Tarragona

Facultat de Medicina - Reus

Departament Medicina i Cirurgia

A la reunió celebrada el dia 23 d'octubre de 1990 els membres del Consell de Departament de Medicina i Cirurgia que es relacionen al marge, van examinar el Projecte de Tesi Doctoral presentat per

ANDRES GARCIA SISO

sobre el tema:

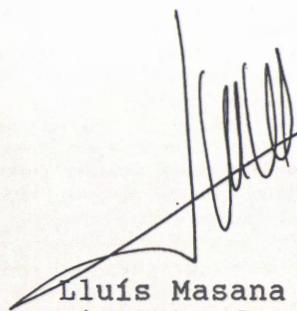
UNA CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS ESTADOS LIMITES

Estudi dirigit pel Dr. Joaquim Poch i Bullich i com a tutor el Dr. Antoni Labad Alquezar.

Una vegada examint el treball realitzat, aquest Departament considera que reuneix els requisits suficients per a ésser presentat i defensat davant el tribunal corresponent, la qual cosa faig constar perquè en prengueu coneixement i tingui el efectes oportuns.

Assistents:

L. Masana
J. Vilaplana
J. Salas
C. Richart
F. Vidal
A. Martínez
A. Labad
P. Sardà
D. del Castillo
M. Martínez
O. Segú


Lluís Masana
Director del Departament



Joaquim Poch i Bullich

Departamento de Personalidad,
Evaluación y T^o Psicológico.

Facultad de Psicología

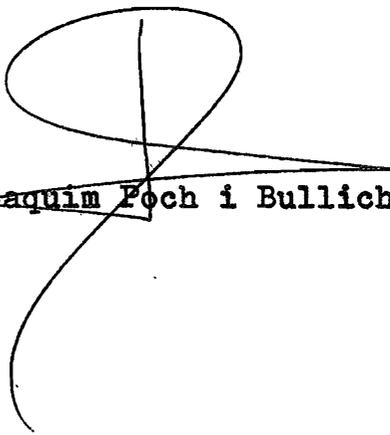
BARCELONA

Joaquim POCH i BULLICH, Doctor en Medicina y Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, en la Facultad de Psicología de la Universidad Central de Barcelona,

CERTIFICA:

Haber dirigido la Tesis Doctoral que D. Andrés García Siso, ha realizado, con el título, "UNA CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS ESTADOS LIMITE", a la que propone para ser leída y defendida frente al Tribunal convocado, con la finalidad de acceder al grado de Doctor en Medicina.

Barcelona, 7 de Septiembre 1990


~~Fdo. Prof. Joaquim Poch i Bullich~~

Antonio Labad Alquezar

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

Facultad de Medicina

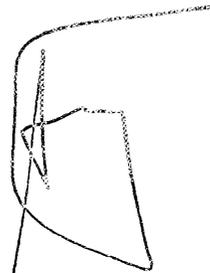
Reus

Antonio LABAD ALQUEZAR, Doctor en Medicina y Profesor del Departamento de Psiquiatría, en la Facultad de Medicina de Reus de la Universidad de Barcelona,

CERTIFICA:

Haber realizado la tutoría de la Tesis Doctoral que presenta D. Andrés García Siso, con el título, "UNA CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS ESTADOS LIMITE", a la que propone para ser leída y defendida frente al Tribunal convocado, con la finalidad de acceder al grado de Doctor en Medicina.

Reus a 18 de Septiembre de 1.990

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and lines, positioned above the typed name.

Fdo. Prof. Labad Alquezar

Dedico y agradezco este trabajo
a Angeles Suárez.

AGRADECIMIENTOS

Al Centro Jean Sarrailh, por la acogida prestada, y, especialmente, al Dr. Claude Cappadoro, por su pasión y saber en los compromisos de la praxis psiquiátrica.

A F. Tosquelles y C. Castilla del Pino, ineludibles referentes.

Al Profesor J. Poch i Bullich, por ser el Director de esta Tesis, así como por sus recomendaciones.

Al Profesor A. Labad Alquezar, mi agradecimiento por aceptar ser el Tutor de esta Tesis.

Al Psicólogo Clínico, compañero del Instituto Pere Mata, Sr. Infante Fuentes, por su ayuda en el tratamiento estadístico informatizado de los datos.

A los miembros del Tribunal, por haber aceptado formar parte del mismo: Profesores, Ballús Pascual, Rodríguez López, Cervera Enguix, Dolores Hierro y María Teresa Miró. Así como a los Profesores González Monclús y Palavecino Castillo.

Al Profesor Ballús, por todas las facilidades, aceptando ser el Presidente del Tribunal.

Al Profesor Rodríguez López, por venir desde Compostela, donde fue nuestro profesor.

Al Profesor Cervera Enguix, por venir del Grupo Szondiano de Pamplona, a formar parte del encuentro de este Tribunal.

A la Profesora Dolores Hierro, por las facilidades prestadas, tanto en el comienzo como en el final de esta Tesis.

A la Profesora María Teresa Miró, por aceptar amablemente formar parte del Tribunal.

A los Profesores Palavecino Castillo y González Monclús, por facilitar en formar parte del Tribunal en calidad de suplentes.

TESIS DOCTORAL

TOMO 1

"UNA CONTRIBUCION AL
ESTUDIO DE LOS
ESTADOS LIMITES"

La organización límite de la personalidad en la
adolescencia y el Test de Szondi.

Andrés Garcia Siso

Reus 1990.

INDICE

0.- INTRODUCCION E HIPOTESIS.	Pág. 7
1.- CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL CONCEPTO:	
"BORDERLINE", "ETATS-LIMITE", "FRONTERIZO"	21
1.1.- Los Significantes.	23
1.1.1.- Significantes "Esquizo" y "Psicosis"	25
1.1.2.- Significantes "Carácter" y "Personalidad"	28
1.1.3.- Significantes "Borderline", "Limite" y "Fronterizo"	29
Apuntes sobre las construcciones nosológicas.	
1.2.- Los Significados.	41
1.2.1.- Psicosis y Borderline: La heboidofrenia.	43
1.2.2.- Carácter, Personalidad y Borderline: La personalidad "como sí".	58
1.2.2.1.- Carácter y Signo.	67
1.2.2.2.- Carácter y Self.	67
1.2.2.3.- Carácter y mecanismos de defensa.	70
1.2.2.4.- Carácter y Narcisismo.	71
1.2.2.5.- Carácter y Organización Borderline: La personalidad "como sí".	75
1.3.- Justificación del término Caracterosis.	80
1.4.- Criterios diagnósticos de "Etats-limites", "Borderline", "Fronterizo".	83
1.4.1.- Criterios Descriptivo Dinámicos.	83
1.4.2.- Criterios Dinámico Esctructurales.	86
1.4.2.1.- Adolescencia normal.	92
1.4.3.- Criterios diagnósticos, Descriptivo-dinámicos,	

empleados en nuestro estudio.	97
1.4.3.1.- Criterios diagnósticos de Adolescentes límite por subgrupos.	116
2.- EL TEST DE SZONDI.	125
2.1.- Composición del material del Test de Szondi.	125
2.2.- Instrucciones.	125
2.3.- Confección del perfil Instintivo.	127
2.4.- Interpretación de los resultados.	128
2.5.- Psicología del destino.	130
2.6.- Desarrollos y actualización del Test de Szondi.	131
3.- EL CENTRO JEAN SARRAILH, LUGAR DE EXTRACCION DE LA MUESTRA.	145
4.- MATERIAL Y METODO.	151
4.1.- Material.	151
4.2.- Método.	153
5.- RESULTADOS.	160
5.1.- Perfil Szondiano General del Grupo de Adolescentes límite.	160
5.2.- Perfil Szondiano Diferencial entre Adolescente límite y Adolescente Normal.	169
5.3.- Perfil Szondiano Diferencial entre los Adolescentes límite: varones y hembras.	173
5.4.- Perfil Szondiano Diferencial entre los Adolescentes límite "Neuróticos" y "Psicóticos".	178
5.5.- Perfil Szondiano Diferencial entre los Adolescentes límite "actuadores", "psicóticos" y "neuróticos".	180
5.6.- Factores pulsionales.	191
5.6.1.- Clases Instintivas o Pulsionales.	191

5.6.2.- Cuadro Diagnóstico Pulsional y Diagnóstico Clínico.	192
5.6.3.- Reacciones Sintomáticas.	195
5.6.4.- Series Pulsionales.	200
5.7.- Análisis Discriminante de los Subgrupos de Adolescentes límite.	203
5.7.1.- Análisis 1 - Adolescentes límite "neuróticos" y "Psicóticos".	205
5.7.2.- Análisis 2 - Adolescentes límite "actuador", "psicótico" y "neurótico".	211
Tablas de resultados numéricos y gráficos.	
Tablas Fisher para informatización diagnóstica.	
5.8.- Indices numéricos.	222
5.8.1.- Índice Psicosexual.	222
5.8.2.- Índice de Socialización.	223
5.8.3.- Coeficiente de Tensión de Tendencia.	224
5.8.4.- Frecuencia sintomática.	225
5.8.5.- Índice de Desorganización Global.	225
5.8.6.- Índice de Variabilidad Global.	226
6.- INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.	228
6.1.- Interpretación de los Resultados del Perfil General.	229
6.1.1.- Clases Pulsionales.	249
6.2.- Diagnóstico Diferencial Szondiiano entre Adolescentes límite y Adolescentes Normales.	253
6.2.1.- Series Pulsionales e Indices Numéricos.	294
6.3.- Interpretación de los Perfiles Szondianos particulares de los subgrupos de Adolescentes	

límite según el sexo y el Subtipo Diagnóstico.	306
6.3.1.- Interpretación de los Perfiles Szondianos de Adolescentes límite: varones y hembras.	313
6.3.2.- Interpretación de los Perfiles Szondianos diferenciales entre subtipos diagnósticos de Adolescentes límite "actuador", "psicótico" y "neurótico".	325
6.3.3.- Interpretación de los Perfiles Szondianos Diferenciales entre subtipos diagnósticos de Adolescentes límite "neurótico", y Adolescentes límite "psicótico".	337
6.3.3.1.- Series Pulsionales comparadas entre A.L. "N" y A.L. "P".	344
6.3.3.2.- Clases Pulsionales comparadas entre A.L. "N" y A.L. "P".	345
6.3.3.3.- Índice de hipertensión y reacciones sintomáticas comparadas entre A.L. "N" y A.L. "P".	350
6.3.3.4.- Índice numérico, de variabilidad y desorganización comparados entre A.L. "N" y A.L. "P".	353
6.3.3.5.- Comparación de los perfiles Szondianos diferenciales de A.L. "N" y de A.L. "P", con los perfiles Szondianos de la latencia y de la Adolescencia.	356
6.3.3.6.- Análisis discriminante de los resultados Szondianos entre los adolescentes límite "neuróticos" y los adolescentes límite	

7.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SZONDIANO DE LA ORGANIZACION LIMITE EN LA ADOLESCENCIA Y: PSICOSIS, NEUROSIS, "ENTRE NEUROSIS Y PSICOSIS", PSICOPATIA Y PERVERSION, ENFERMEDAD PSICOSOMATICA.	378
8.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS SZONDIANOS DE LOS ADOLESCENTES LIMITE Y SUS RELACIONES CON OTROS CONCEPTOS, EN BASE AL PERFIL GENERAL.	399
9.- CONCLUSIONES GENERALES.	494
9.1.- Conclusiones derivadas del Grupo de Adolescentes límite.	495
1.- CLIVAJE PULSIONAL.	499
1.1.- Contacto de desapego/apego.	500
1.2.- Sexualidad rechazada-sublimada/poliformismo perverso.	502
1.3.- Disfunción ética/moral.	503
1.4.- Yo narcisista con inhibición/clivajes.	505
1.5.- Clases y clivajes pulsionales.	507
1.6.- Falta básica/falso self.	509
1.7.- Clivajes pulsionales factoriales.	511
2.- ECONOMIA NARCISISTA-ANACLITICA.	512
3.- BALANCE YO IDEAL-IDEAL YO.	518
4.- RELACION DE OBJETO PSEUDOTRANSICIONAL.	520
5.- EDIPO PRECOZ.	523
6.- ORGANIZACION LIMITE Y ESTRUCTURA PERVERSA.	525
7.- ADOLESCENTE LIMITE VERSUS ADOLESCENTE NORMAL.	528
8.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SZONDIANO DE LA ORGANIZACION LIMITE.	532

9.2.- Conclusiones derivadas de los subgrupos de Adolescentes límite.	538
9.2.1.- Subgrupos en función del subtipo Diagnóstico de adolescentes límite.	539
9.2.1.1.- Diferencias Szondianas entre Adolescentes límite "neuróticos" y Adolescentes límite "psicótico".	539
9.2.1.2.- Diferencias Szondianas entre adolescentes límite "actuadores", "psicóticos" y "neuróticos".	556
9.2.1.3.- Hipótesis H6.	558
9.2.2.- Subgrupos en función del sexo de los adolescentes límite.	559
9.3.- Conclusiones sobre: los términos que designan a la organización límite de la personalidad y sobre la validez del Test de Szondi.	563
9.3.1.- Organización límite.	563
9.3.2.- Test de Szondi.-	568
10.- CONCLUSIONES FINALES.	571
11.- BIBLIOGRAFIA.	582
12.- ANEXO MATERIAL: CLINICO Y TESTOLOGICO	594

O. - INTRODUCCION E HIPOTESIS.

Quisiera presentar este trabajo, y las ideas principales que lo estructuran, así como las motivaciones que me empujaron a realizarlo: Su justificación.

Destaca en primer lugar, la puesta en relación de dos elementos, que me atrevo a calificar de controvertidos. Por un lado, la organización límite de la personalidad (los estados límite, borderline o fronterizos), por otro lado, el test de Szondi.

Cualquier trabajo científico, por más que represente un esfuerzo lógico y racional, no está libre, como dice D. Anzieu, de formar cuerpo con el autor; mostraré entonces la razón e interés personal que me llevaron a reunir a la organización límite con el test de Szondi.

Es así, que la organización límite de la personalidad, representa un problema central en la psicopatología, tanto fenomenológica como psicoanalítica. El afán diagnóstico, en su sentido etimológico, por conocer la enfermedad, hace que el clínico fenomenológico, encuentre dificultades de ubicar ciertos pacientes o cuadros clínicos y no me refiero a cualquier dificultad, sino a la de aquellos casos que no encajan en los grupos generales de las neurosis o de las psicosis.

La perspectiva psicoanalítica, que también está inmersa en la diferenciación neurosis-psicosis, precisamente por las distintas consecuencias terapéuticas, es la que va a proponer un denominador común para algunos síndromes clínicos, que describiré como organización límite de la

personalidad.

Por tanto, el interés por la psicopatología fenomenológica y psicoanalítica, conducen a plantearse la organización límite, como un lugar nosológico, entre la neurosis y la psicosis, fácilmente utilizable como cajón de sastre, cuando algún caso se nos presenta difícil. Sin embargo, puede pasar algo parecido con otros conceptos, como el de psicosis, al tender a utilizarlo, genéricamente, e incluso acompañado de algún calificativo, como Esquizofrenia, cuando el paciente presenta simplemente alguno de sus síntomas secundarios. Por tanto, nuestro esfuerzo quiere contribuir a la delimitación y definición del espacio nosológico: "organización límite de la personalidad".

El otro elemento que hacemos entrar en este trabajo es el Test de Szondi, que ha venido ligado, desde su comienzo, a la Psicoterapia Institucional, que es la línea de trabajo asistencial en la que me inscribo. El test de Szondi ha creado pasiones, a favor y en contra, por la dificultad de explicar sus fundamentos y, por el contrario, por su eficacia en el trabajo empírico. El mecanismo íntimo de funcionamiento, apela a los tres registros de la psiquiatría: al nivel biológico hereditario del sistema pulsional, al nivel psicológico individual, entendido como sujeto del Inconsciente y, además alude a una concepción relacional y grupal, por cuanto las elecciones de amistades, grupos de pertenencia y vocaciones de trabajo, vendrían también influenciadas por la

combinatoria pulsional, desarrollando la idea de Inconsciente Familiar.

De este modo, el test de Szondi y la Psicoterapia institucional, en los años 40, ya se inician en el paradigma psiquiátrico actual: Bio-psico-social. El funcionamiento del test quiere situarse en ese punto de anudamiento y articulación de los tres registros.

Por tanto, el controvertido test de Szondi, en nuestro estudio, es utilizado en una línea de investigación actual sobre el mismo, de cara a su validación. La validación clínica-empírica consiste en correlacionar, los resultados obtenidos de forma completamente independiente, entre el diagnóstico clínico borderline y el diagnóstico testológico.

Por último, la correlación entre ambos conceptos, organización límite de la personalidad y test de Szondi, aplicados sobre un grupo muestral de pacientes, adolescentes, ha de proporcionarnos alguna luz sobre la organización límite de la personalidad en la adolescencia, delimitando diversos aspectos de estudio, tal como expresamos en las hipótesis H2 hasta H8.

Nuestra primera preocupación, cuando intentamos abordar el estudio de la organización "Borderline", "Etats-limites" o "Fronterizos", es intentar definir, acotar y delimitar estos conceptos, para así poder aplicarlos a nuestro estudio, que ha de consistir en contrastar los criterios clínico-dinámicos que definen la organización borderline, aplicados a una muestra de adolescentes, con

los criterios dinámico estructurales, que deberemos extraer, una vez analizados los resultados que se obtengan de pasarles a estos pacientes, Adolescentes-límite, el test de Szondi.

En primer término, nos encontramos con las dificultades de definir el concepto de organización límite, a la vez que nos encontramos con una gran disparidad de términos, que parecen, y así lo reconocen diferentes autores, hacer referencia a un significado común, que es aquél que define un espacio nosológico denominado organización borderline o límite.

La primera hipótesis consiste en intentar demostrar, a través de la revisión bibliográfica, la conveniencia de proponer "un término único y común", para el significado de organización límite, que haga referencia al nivel descriptivo del trastorno, así como al nivel profundo o estructural. De este modo, quedaría mejor delimitado ese tercer espacio nosológico, en oposición a las neurosis y a las psicosis.

Plantearse reflexionar sobre la organización límite, ineludiblemente conlleva tratar el sistema nosológico (ver capítulo 1). Por un lado, aquellas nosologías que tienen a la clínica descriptivo-fenomenológica por base, y por otro lado, a la nosología psicoanalítica, esencialmente en dos de sus vertientes principales: La escuela Kleiniana, en la que la Organización Límite ocupa esta tercera posición, entre los campos neurótico y psicótico, y la escuela Lacaniana, en la que la Perversión

ocupa esa tercera plaza.

Somos de la opinión, que los conceptos de los que se sirven ambas escuelas, pueden complementarse, por un lado, aquellos que conducen a restringir con la noción noción de estructura, que facilita unas coordenadas de comprensión y aquellos que facilitan una flexibilidad, allí donde se ha de recurrir a matices dinámicos y económicos.

Como estas dificultades se producen también en el nivel clinico-descriptivo, fenomenológico, necesitan ser delimitadas, por eso nosotros nos decidimos a construir, una escala diagnóstica para los adolescentes-límite de nuestra muestra, a partir del análisis del trastorno de personalidad, siempre presente, y de los síndromes y síntomas predominantes en las fases críticas. Todos ellos entresacados de aquellos criterios utilizados por los diferentes estudios de la organización borderline.

Uno de nuestros objetivos será demostrar "el punto de anclaje común entre la organización borderline y la perversión", en el nivel profundo, no restringiendo la noción de perversión a una relación de objeto sexual pregenital.

Nuestro propósito es estudiar los llamados "Casos borderline", "Estados límite" o "Estados fronterizos", a través del test de Szondi, para encontrar el perfil szondiano característicos de los mismos, que pueda ayudarnos, también desde esta perspectiva, a reflexionar sobre la estructura y dinámica de estos trastornos de la

personalidad.

Así, la otra hipótesis, consiste en decir, que la organización límite de la personalidad, en la adolescencia, constituye una entidad clínica peculiar, descriptivamente multiforme, pero con una estructura y dinámica comunes, que vendrá definida por el test de Szondi.

Esta hipótesis podemos formularla como: "El test de Szondi define la estructura y dinámica de la organización límite en la adolescencia. Si los resultados obtenidos, concuerdan con las teorías dinámicas consensuadas sobre la organización límite".

Hemos de comprobar entonces, que realizado el diagnóstico clínico, independientemente, del diagnóstico dado por el test de Szondi, ambos coinciden. Para ello, distinguiremos subgrupos de pacientes, en base al diagnóstico clínico, completamente a ciegas, del diagnóstico testológico, y, sometiendo los datos del test a un análisis discriminante, observaremos si los resultados del análisis discriminante demuestran que "El test de Szondi es capaz de diferenciar y discriminar, en base a un conjunto de variables testológicas, los subgrupos de pacientes, que han sido formados por criterios, pura e independientemente, clínicos; además de que conforman subtipos de la organización límite."

Por un lado, según reconoce J. Melon, no existe un estudio significativo realizado a través del test de Szondi, de los "Estados límite"; ya veremos, sin embargo, que las prospecciones realizadas por J. Melon, a partir de

algunos casos, es confirmada por nuestra investigación. "El estudio de los resultados del perfil szondiano del grupo de adolescentes-límite, ha de coincidir con los resultados sobre los estados límite".

Así pues, éste será el objetivo de nuestro trabajo: la búsqueda del perfil o perfiles que mayoritariamente presentan "los estados límite", estudiados a través del test de Szondi.

Este estudio sobre "Estados límite" es realizado sobre pacientes jóvenes adolescentes, cuya edad se encuentra entre los 16 y 19 años, encontrándose el mayor número de pacientes en la edad media 17'5 años.

Hemos partido de la idea de C. Cappadoro, de que "la adolescencia es un estado-límite "fisiológico", es decir, que el paciente adolescente-límite, según el autor, sería "doblemente límite", por su trastorno y por su edad. Si la hipótesis de que un adolescente límite, o un estado límite en general, es aquél que manifiesta un modo de ser consistente en poner en juego mecanismos habitualmente considerados normales en la adolescencia, de forma crónica y repetitiva, tendríamos, en un estudio realizado con adolescentes límite que encontrar, de forma más marcada, las características del perfil del estado-límite.

Por otra parte, es la adolescencia, el momento donde la crisis de estos pacientes, al menos en aquellos peor organizados, se manifiestan abiertamente, con lo que el estudio en profundidad de la organización límite de la personalidad se hace posible.

No obstante, para confirmar las semejanzas y diferencias existentes entre el perfil del "Adolescente límite y el adolescente-normal", hemos comparado al grupo de pacientes con un grupo de adolescentes normales, de iguales características de edad, sexo, clase social y nivel de estudios. Nuestra hipótesis, de confirmarse, será, tal como venimos diciendo, que el perfil szondiano del grupo de pacientes y el del grupo control, se asemejan cualitativamente, pero se han de diferenciar cuantitativamente.

El perfil del adolescente-límite tendrá un aspecto común al grupo de "Adolescentes normales" y un aspecto diferencial, característico del "Adolescente límite". "El perfil szondiano diferencial del Adolescente límite psicótico es el de una pseudoadolescencia".

También buscaremos, dentro del grupo de "Adolescentes-límite", subgrupos característicos, que seleccionados por criterios clínicos, del modo que estableceremos más adelante (obteniendo así diferentes perfiles szondianos comparables entre sí) puedan darnos luz sobre diferentes síndromes de los estados límite.

"Deberemos distinguir, un perfil szondiano que identifique al subgrupo de Adolescentes-límite más próximos a la línea de estructuración neurótica, de otro, más próximo a la línea de estructuración psicótica, siguiendo la perspectiva de J. Bergeret. Es probable que existan diferencias szondianas debidas a que el paciente sea varón o hembra: "El sexo influye en el perfil szondiano del

adolescente límite".

Una vez establecido el perfil szondiano característico del adolescente límite, realizaremos el diagnóstico diferencial con otros perfiles szondianos de sendos trastornos psíquicos y de la organización del aparato psíquico, lo que nos ayudará en la tarea de circunscribir esta categoría psicopatológica polimorfa.

J. Bergeret considera que la Organización Límite de la personalidad, lo que denomina el autor "tronco común de los estados límite", se caracteriza, por una entrada precoz en el periodo de latencia, a más allá de la adolescencia. Dado que el periodo de latencia lo define, por "unas identificaciones, sublimaciones, disposiciones socio-relacionales y culturales y unas manifestaciones sexuales (frecuentemente desordenadas, por otra parte)", concluye que en los estados límite, lo que se da es una pseudolatencia".

Subraya el término con que S. Freud califica a la latencia, como período y no como estadio, al que correspondería la función de evolución estructural; para Bergeret, durante la latencia se mantiene una agitación considerable pero no hay cambio estructural, el cuál no se llevará a cabo hasta la etapa siguiente, en la pubertad. De este modo, "el término de pseudo-latencia, que se utiliza en las hipótesis admitidas sobre los estados límite, corresponde, en tales organizaciones, a un estado prolongado y fijado que comporta a la vez un silencio evolutivo y una intensa "rumiación"... de las importantes y

diversas adquisiciones operadas en el curso de los estadios precedentes".

Desde nuestro punto de vista, es la adolescencia como estadio lo que el paciente límite quisiera evitar, o como dice Bergeret, el Edipo. Mientras el sujeto normal es capaz de articular en la adolescencia unos deseos pulsionales, pre-edípicos y sobre todo edípicos, alcanzando la primacía genital, la Organización Límite no lo logra y lo que en el adolescente normal es funcional y pasajero, en la organización límite se convierte en repetición, síntoma y trastornos relacionales y del carácter.

La Organización Límite de la personalidad se encontraría inmersa en las primeras fases del complejo de Edipo, que no lograría articular, buscando entonces apresuradamente la acomodación en la fase de latencia, que no sería más que una pseudo-latencia, con carácter de formación reactiva. Del mismo modo, la llegada de la pubertad, reavivando los conflictos pulsionales y relacionales, incita al sujeto a defenderse intentando precozmente convertirse en un adulto adaptado. En nuestros casos de Adolescentes límite, la desestabilización se produce predominantemente en la adolescencia, aunque como demuestran los estudios anamnésticos, ya había habido manifestaciones patológicas durante la infancia y la latencia.

La adolescencia de nuestros pacientes es excesivamente convulsa y tumultuosa, incapaz de articular los

cambios pulsionales y relacionales, es una "pseudo-adolescencia". En otros pacientes límite, sin embargo, no se verifica la crisis característica de la adolescencia, prolongándose la "pseudo-latencia", hasta que, más tarde, se produce el estallido agudo.

Creemos que hay dos clases de manifestación de la organización límite, la caracterizada por el polo de la "pseudo-latencia", serían aquellos, cuya adaptación y estabilidad se prolonga más allá de la juventud, incluso hasta la senilidad, tal como nos indica J. Bergeret, y otro grupo de organizaciones límites serían aquellas caracterizadas por la "pseudo-adolescencia", cuyas manifestaciones clínicas de inestabilidad aparecen precozmente en la infancia, latencia y decididamente durante la adolescencia. Sería este último el caso genérico de nuestros pacientes. Son éstos los dos polos de la dinámica de la organización límite que tendremos que estudiar a través del test de Szondi: la latencia como acomodación y la adolescencia como rebelión, presentes ambas en toda Organización Límite de la personalidad. Mientras el adolescente normal pone en juego la estructuración edípica en la que se encuentra suficientemente afianzado, el adolescente límite se desorganiza cuando el conflicto edípico se reactualiza. Así, el adolescente normal es capaz de efectuar regresiones más frecuentes y reversibles, cuando el adolescente límite evita que se produzcan, porque cuando se verifican, la regresión es intensa y desestructuradora.

CUADRO DE HIPOTESIS

H1.- "Establecer un término que nombre a los múltiples trastornos que se aglutinan bajo la denominación de estados limite, que sirva al nivel clinico descriptivo y al nivel dinámico-estructural, reportándole entidad propia, parece imponerse".

H2.- "El grupo muestral de Adolescentes-limite, escogido por criterios clinicos, descriptivo-dinámicos, comprobamos que los resultados extraídos por el Test de Szondi de naturaleza dinámico-estructural corrobora los resultados psicoanaliticos sobre la Organización limite."

H2.1.- "La capacidad de análisis del Test de Szondi, ha de permitir definir y delimitar el perfil Szondiano de la organización-limite en la adolescencia, ampliando o matizando conceptos teórico-clinicos".

H2.1.1.- "El mecanismo del clivaje pulsional, estructura a la organización limite de la personalidad en la adolescencia".

H2.2.- "El perfil Szondiano característico del Estado limite, que propone J. Melon, lo consideramos correcto y queremos validarlo".

H3.- "El estudio Szondiano comparativo, entre adolescente limite y adolescente normal, ha de proporcionarnos un perfil diferencial, que además ratifique a las hipótesis H2.1 y H2.1.1".

H3-1.- "El perfil Szondiano del Adolescente-limite aproxima, cualitativamente, al adolescente-limite con

el adolescente-normal, pero lo diferencia significativa y cuantitativamente. Pudiendo decir con C. Cappadoro, que la adolescencia es un estado-limite fisiológico".

H4.- "Existen puntos comunes que aproximan a la organización limite y a la perversión

H5.- "El perfil Szondiano de la organización-limite de la personalidad, en la adolescencia ha de diferenciarse de los perfiles szondianos de la neurosis y de la psicosis, y ha de aproximarse a los perfiles szondianos de los trastornos que J. Bergeret incluye entre los estados-limite".

H6.- "La Organización-limite en la adolescencia, se caracteriza por presentar unos resultados Szondianos que se encuentran entre la latencia y la adolescencia".

H7.- "El diagnóstico clínico, descriptivo dinámico, que nos permite crear unas subcategorías diagnósticas, dentro del grupo general de los Adolescentes-límites, ha de manifestarse en la organización-limite del aparato psíquico de esos subgrupos de Adolescentes-limite, reflejándose y detectándose en los resultados obtenidos por el test de Szondi".

H7-1.- "El test de Szondi, define y diferencia, a los subgrupos de Adolescentes-limite, más próximos a la neurosis, de los más próximos a la psicosis".

H7-2.- "El test de Szondi, define y diferencia, a tres clases de subgrupos de Adolescentes-limite, que construimos clínicamente y que denominamos "actuadores, psicóticos y neuróticos".

H8.- "El sexo de los pacientes Adolescentes-limite, ha de influir en la organización del aparato-psíquico, si los

resultados szondianos lo demuestran".

H9.- "El test de Szondi muestra una gran capacidad resolutive en el análisis psicodinámico, demostrando su validez y fiabilidad, al someterse al tratamiento estadístico de sus resultados, si se cumplen: H7, H7.1, H7.2, y H2.2, H2, H3, H5".

1. - CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL CONCEPTO: "BORDERLINE", "ETATS-LIMITE", "FRONTERIZO"

A lo largo de este capítulo 1, revisamos los múltiples términos en que se designa a la organización límite de la personalidad y las distintas significaciones que se le atribuyen, teniendo por consecuencia una discusión sobre una ubicación monológica.

En principio nuestra intención es la de encontrar un método para realizar la revisión conceptual, pareciéndonos indicado, estudiar los múltiples significantes existentes para designar a los estados límite, así como los distintos significados que subyacen. Esto nos conducirá a la necesidad de ir aquilatando ambos niveles: signifiante y significado, lo que no es otra cosa, que la construcción de un signo lingüístico, que había de conservar el significado dado a la organización borderline y sobre el que se dispondría un signifiante nuevo, que recogimos de C.Castilla, la Caracterosis.

Es así como se desarrollará el proceso que nos ha de llevar, a través de la imprescindible revisión bibliográfica que nos acerque al concepto Borderline, a justificar el término Caracterosis, que es la respuesta a la Hipótesis H1 "Establecer un término que nombre a los múltiples trastornos que se aglutinan bajo la denominación de estados límite, que sirva al nivel clínico descriptivo y al nivel dinámico-estructural, reportándole entidad propia,

parece imponerse".

Cuando revisamos a diversos autores que han estudiado el concepto de estado-límite, nos encontramos con la coincidencia de todos ellos, en destacar la gran variedad de términos utilizados. Así, en lengua francesa, J. Bergeret(2), que los denomina "Etats-limite", dice que existen unos cuarenta términos diferentes, para referirse al mismo concepto.

En lengua inglesa, se denomina "borderline", y algunas revisiones, como la de J.E. Mack(3), llegan a las mismas conclusiones, como la realizada, en español, por C. Paz(4), a los que denomina "Fronterizos".

Se va buscando, habida cuenta, del cada vez mayor acuerdo, de que se trata de un trastorno de la personalidad con una organización propia, un término que identifique mejor las diferentes formas clínicas de la organización Borderline.

Del mismo modo que E. Bleuler(5), en relación a la Demencia precoz, habla del grupo de las Esquizofrenias, haciendo hincapié con este nuevo término, en los mecanismos básicos y comunes de la enfermedad, que permitió reunir a trastornos definidos previamente por separado, así ocurrirá con los estados límite, fronterizo o borderline.

Por tanto, vamos a reunir los diferentes términos que a lo largo de la historia de la Psiquiatría, han servido para referirse a la organización límite de la personalidad.

Hay, en los autores citados, como en tantos otros

estudios de los estados limite, como H.Scharbach(6), una gran coincidencia en la revisión terminológica, cuyo denominador común sería la organización limite, borderline o fronteriza de la personalidad.

1.1. LOS SIGNIFICANTES

Lo primero que llama nuestra atención, es la diversidad terminológica. Por otra parte, una de las características de los estados limite, es el carácter variable de su presentación clínica. En cierto modo, parece que la pluralidad terminológica, va en paralelo a la pluralidad de las formas clínicas. Al mismo tiempo, sobre todo desde el psicoanálisis, esta diversidad clínico-descriptiva, vendrá definida por una organización común de la personalidad. Por esta razón, podríamos adelantar, que estos diversos términos recogidos bajo el significado de organización limite de la personalidad, son significantes en relación sinonímica.

Siguiendo a F.Saussure(7), en su concepción del signo lingüístico, como unión entre significante y significado, vamos a estudiar, en primer lugar, los diferentes significantes o términos que las distintas revisiones, para el estudio de los estados limite, han agrupado, con el fin de ordenarlos en lo que llamaremos, Campos significantes. Luego veremos, cuál es el significado

o concepto que está vinculado a cada uno de los Campos Significantes.

No partiremos entonces, de un análisis de conceptos, sino de un análisis de términos o significantes. La gran confusión que han provocado, los casos borderline, se debe a las dificultades que las diversas nosologías tienen para ubicar a ciertos trastornos, sobre todo cuando estos trastornos comienzan a tener una gran importancia cuantitativa.

La mayor parte de las nosologías psiquiátricas, se caracterizan por articular a toda la patología, en torno a tres ejes. Dos de ellos antagónicos y bien diferenciados, donde se oponen las psicosis a las neurosis, y un tercero que suele estar en medio y que recibe diferentes denominaciones: Psicopatías, Perversiones, Neurosis de Carácter, Estado-límite, Borderline, Caracterosis...

Nuestro análisis de Significantes, ha de conducirnos, a discriminar la raíz común de los diversos términos o significantes.

Como veremos en el análisis pormenorizado, vamos a encontrarnos con Tres Campos Significantes que se ordenan en torno a: Skizo () y Psicosis, cuyo paradigma será el estudio de la Hebidofrenia. Carácter y Personalidad, que implicará un estudio sobre el carácter y las caracteropatías. Borderline, como significante de aquellos trastornos que no son, sino que están "entre la neurosis y la psicosis"; este significante ha de llevarnos al estudio del significado o concepto de

organización límite de la personalidad.

1.1.1.- SIGNIFICANTES: "ESQUIZO" Y "PSICOSIS":

Ya veremos, al ir escribiendo los diferentes términos con que la psiquiatría alemana, francesa e inglesa se refiere a los casos borderline, como lo que se subraya en una paradoja, que podemos enunciar de esta manera "Psicosis sin Psicosis" o "Esquizo (no) frenia".

Kraepelin (1883) habla de :Formas atenuadas de la Demencia precoz.

Kahlbaum (1890) describe la Heboidofrenia.

E. Bleuler (1911) nos describe la Esquizofrenia latente y los trastornos Esquizomorfos.

Binswanger, describe la esquizofrenia poliforma pseudoneurótica.

Kretschmer (1921), describe la Constitución Esquizoide y el Temperamento Esquizotímico.

Minkowski (1924), Estructura esquizofrénica, solamente del carácter.

Si la Psiquiatría alemana, se preocupa por diferenciar ciertos cuadros clínicos, dentro del grupo de las Esquizofrénias, lo mismo ocurre en la Psiquiatría francesa.

Claude, habla de Esquizomanía y Esquizosis.

Ey, Esquizoneurosis y Neurosis pre-esquizofrénica.

Palem, Estados mixtos y Estados transicionales esquizofrénicos.

La Psiquiatria anglo-sajona desarrolla este mismo problema, de la esquizofrenia no esquizofrénica, la esquizofrenia latente de Bleuler o solo en el carácter de Minkowski, a la vez que se pregunta por el carácter psicótico, de dichos trastornos.

Hoch y Polatin hablan de Esquizofrenia pseudoneurótica. Si estos autores, en 1949, se destacan por el sustrato esquizofrénico en trastornos de apariencia neurótica, Rosse en 1890, ya describió los "Borderland del lado de las neurosis".

Zilboorg, como Hoch y Polatin, habla de Esquizofrenias ambulatorias.

Knight, describe el cuadro como "Tendencias Esquizofrénicas".

Nos parece de interés subrayar el término creado por A. Wolf, para referirse a estos casos como Diegophrenia. El autor opone dos clases de "Spaltung" del sujeto, una, más grave y característica, en la esquizofrenia, y otra, cualitativamente distinta, denominada Diegophrenia. En realidad esta oposición terminológica es la que va a estar presente en el debate del caso borderline, tal como veremos luego en el estudio de la Heboidefrenia, es decir, si pueden encuadrarse o no, como un tipo dentro de la Esquizofrenia.

En este mismo sentido, otros autores se preguntaron, no solamente por el significante

esquizofrenia, sino por el que necesariamente le antecedia y que también solía eludirse, ésto es, el de Psicosis.

En España, M. Merenciano habló de "Psicosis mitis".

H. Rosenfeld, de Estados psicóticos borderline.

G. Bikowsky, de Psicosis Latente.

C. J. Jung, de Psicótico introvertido.

Las personalidades pre-psicóticas, referidas a la infancia, descritas por Diatkine.

Se trata entonces, desde esta perspectiva, o, Campo Significante, de situar a ciertos cuadros psiquiátricos, que en la psiquiatría de Kraepelin, no cumplían el criterio del curso defectual.

Sin embargo, la transformación nosológica de E. Bleuler, da una mayor entrada a estos casos, dentro de la Esquizofrenia. La idea de Disociación o Discordancia, lo Esquizo, va a ser matizado de maneras diferentes, tal como hemos ido viendo, de modo que se intenta a la vez, subrayar y borrar, lo Esquizofrénico, del trastorno. Lo mismo ocurre con el término psicótico.

Desde muy antiguo, el concepto borderline, destaca su límite o frontera con la Psicosis, más que con las neurosis. Sin embargo, estos trastornos primarios de la Esquizofrenia, van a ser buscados, ya no tanto en su expresión sintomática, sino en los rasgos del carácter, como manifestación de la organización de la personalidad.

1.1.2. - SIGNIFICANTES: "CARACTER" Y PERSONALIDAD".

Si la mayor parte de la psiquiatría clásica utiliza términos próximos al de Psicosis Esquizofrénica, para referirse a ciertos trastornos, que más adelante serán catalogados de borderline, con significantes que incluyen estos términos de : carácter o personalidad.

K.Schneider habla de personalidades psicopáticas.

Dupré, de los Mitómanos.

Hendrick y Deutsch, de Trastorno del Carácter.

E.H.Erikson, de la Identidad difusa.

H.Deutsch, de las personalidades "como si" y de los Trastornos emocionales.

D.W.Winnicott, nombre a la Personalidad Esquizoide y al Falso Self.

L.Grinberg, describe la Personalidad Esquizoide y la melancoloide.

E.Zetzel, personalidad borderline.

Frosch, Carácter Psicótico.

Giovachini, Desorden del Carácter.

Jan Franck, Psicopatía; en este mismo sentido la describe N.Caparrós.

Este conjunto de autores, destacan la organización de la personalidad y del carácter, pasando a un segundo plano, aunque presentes, los síntomas psicóticos. Mientras J.Frosch destaca lo psicótico, al hablar de Carácter psicótico, Giovachini subraya el carácter, al decir, Desorden del carácter.

Suele emplearse el término personalidad, así como el de carácter, para referirse a la organización o estructura que subyace en el sujeto y que se manifiesta a través de los diferentes rasgos que componen el carácter. De todas formas son términos ambiguos, que estudiaremos más adelante, destacando un modo de ser y de relacionarse.

1.1.3.- SIGNIFICANTES: "BORDERLINE", "LIMITE", "FRONTERIZO":

Otro grupo de significantes, hacen referencia directamente a la organización límite de la personalidad a su común significación psicoanalítica. Hay que señalar que los diferentes autores que utilizan este concepto, pertenecen a la perspectiva psicoanalítica Kleiniana y al psicoanálisis del Yo, pues mientras éstos utilizan una nosología: Neurosis, Borderline, Psicosis, la escuela Lacaniana, establece tres estructuras: Neurosis, Perversión y Psicosis, a las que considera estructuras independientes. J. Bergeret establece un puente entre ambos, al incorporar a las perversiones dentro de la organización límite de la personalidad.

Ya Hughes (1884), utiliza el término Borderline, "a propósito de casos con síntomas físicos que sobrevienen en afecciones psiquiátricas". También lo psicoanalítico aparece como un elemento conformador del borderline.

Eisestein (1949), dió un gran impulso al concepto Borderline. Boyer y Giovachini, hablaron de casos

borderline. El mismo Boyer también lo nombró como Psicótico fronterizo.

Jawetz: Estado fronterizo.

También, como estado fronterizo, o Personalidad Borderline, lo denominó E.Zetzel.

J.Franck, habla de borderline y de psicopatía, distinguiendo, el borde psicótico y actuador de la organización de la personalidad. En este mismo sentido, se pronuncia el Instituto Psicoanalítico de Chicago, refiriéndose al "Spectrum borderline", que atraviesa: psicosis, carácter, neurosis, perversión y psicósomática. Del mismo modo, Modell habla de organización borderline o límite, tal como también lo hacen: O.Kernberg, J.Bergeret y Allillaire, o C.Paz, cuando se refiere a la estructura y/o estados fronterizos.

Otros autores del psicoanálisis, también asocian al concepto y término borderline, con una organización propia de la personalidad y un espacio nosológico singular, situado entre la neurosis y la psicosis. Así se expresan: L.Bellak, A.Peto, M. Schimidberg, J.Frosch, M.R. Khan, M.Little o M.Mahler...

Mientras algunos autores, como O.Kernberg, destacan el carácter estable de la organización límite de la personalidad, otros como J.Bergeret, M.Grinker o A.Wolberg, hacen hincapié en la inestabilidad y en el desplazamiento de la organización límite, hacia la psicosis así como hacia la neurosis.

De esta manera, a lo largo de las nosologías, los estados límite, se han situado en ese tercer lugar, diferente, al de las neurosis o al de las psicosis.

J.F.Allillaire(8) se refiere a los estados límite y sus denominaciones, diciendo: "podríamos alargar todavía las listas a los cuadros clínicos que corresponden todos a la patología del carácter que la nosología ha tenido que distinguir y separar de los cuadros psicóticos descritos porque se demostraban inasimilables al concepto de esquizofrenia".

En este mismo sentido, H.Ey(9), nombra con el título genérico de "El desequilibrio psíquico, a las Personalidades psicóticas, Perversidad, Perversiones sexuales, Toxicomanías. En especial, refiriéndose a los casos borderline, dice: "Determinadas anomalías, como la inadaptación a la vida social, la inestabilidad de la conducta y la facilidad del pasar a la acción, asociados eventualmente a trastornos psiquiátricos diversos: depresión, excitación, bouffées delirantes, perversiones sexuales, toxicomanía, etc...".

APUNTES SOBRE LAS CONSTRUCCIONES NOSOLOGICAS

La psiquiatría clásica, establece una clasificación de las enfermedades, que atiende a un doble eje, por un lado, el descriptivo, y por el otro, el etiológico. Esto, lleva a una doble oposición, orgánico-reactivo, y psicosis-neurosis, además de un tercer

eslabón, unas veces entre el bipolo orgánico-reactivo, y otros, entre el neurótico-psicótico.

Así, M. Bleuler(10), además del capítulo dedicado a:

A) Trastornos mentales que dependen estrictamente de enfermedades somáticas, establece la clasificación siguiente:

B) Trastornos mentales "endógenos".

C) Las reacciones morbosas (trastornos "psicorreactivos" o "psicógenos").

D) Trastornos de la personalidad en relación con variantes congénitas de la misma.

Dentro de las morbosas, pueden aparecer, tanto las formaciones delirantes como las neurosis, algunas psicopatías y otras reacciones vivenciales.

También E. Kraepelin, a pesar de oponer, como E. Bleuler, las grandes psicosis somáticas y de demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva, a las psicopatías y reacciones psicógenas, considera, junto a las psicopatías, a la neurosis obsesiva y personalidad histérica, además de aceptar que hay psicosis y neurosis de situación, esto es, reactivas. Así tendremos el triple nivel de: las psicosis somáticas y endógenas. las psicopatías y las reacciones psicógenas.

Kretschmer, también desarrolla una nosología triple: Psicosis endógenas, Psicopatías y Grupo Psicogenético. Situa en este último a las neurosis y a la paranoia.

Esta concepción nosológica, que opone lo

comprensible a lo explicable (Jaspers)(11), lo reactivo a lo orgánico, constituye dos extremos y siempre un tercero entre los dos, en este caso el de las psicopatías, que tiene que ver con lo orgánico y con lo psicogenético, gracias a la noción de constitución.

Dado que las nosologías psiquiátricas se realizan desde un criterio dual, a su vez el resultado es la de una triple clasificación. No debemos extrañarnos, que desde el psicoanálisis, cuyo eje clasificador va a ser el Juicio de realidad, oponiendo psicosis a neurosis, aparezca también un lugar intermedio.

Otros autores, como Leonhard y Solé-Segarra(12), distinguen:

- A) Neurosis y reacciones vivenciales anormales.
- B) Psicopatías, reacciones psicogenética y desarrollos.
- C) Psicosis endógenas.
- D) Además del amplio capítulo de Psicosis orgánicas o de base somática.

En referencia al grupo B, nos dicen "Se hallan entre lo normal y lo psicótico, y pueden conceptuarse con frecuencia como extremos de rasgos normales o como atenuaciones de alteraciones psicóticas (Psicosis mitis)".

K.Schneider, escribe sobre las dificultades que existen para diferenciar psicosis y psicopatías.

Cada vez, el eje nosológico gira en la oposición psicosis-neurosis, así en H.Ey, se distinguen: Psicosis endógenas y Psicosis delirantes crónicas, de las Neurosis y, como cuadro intermedio, el Desequilibrio psíquico:

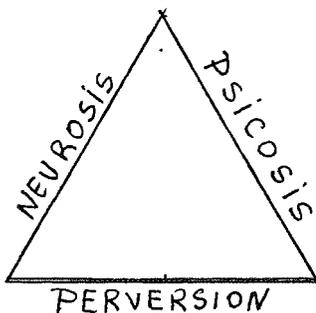
personalidades psicopáticas, perversiones sexuales y toxicomanías.

Con toda esta referencia a las nosologías clásicas, queremos llamar la atención de su carácter tripartito, en tanto en cuanto hay un criterio de relación bipolar de los trastornos mentales, de manera que, los diferentes cuadros clínicos, pueden cambiar sus posiciones en la nosología y sobre todo se destaca un tercer lugar, resultado del encuentro de aquellos dos criterios y distinto, pero que en la práctica, a veces, induce a confusión.

Veamos que ocurre en las nosologías psicoanalíticas.

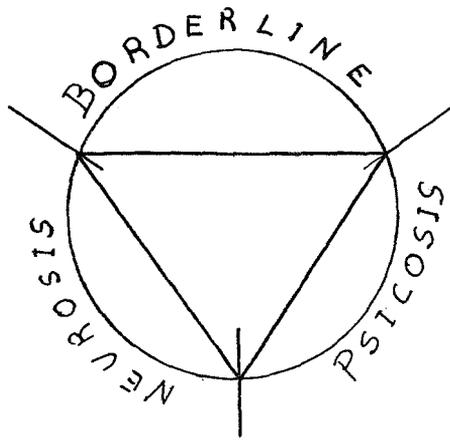
La Escuela Lacaniana, en la que la perversión es la que se sitúa, como estructura rígida, entre las estructuras neurótica y psicótica, consideradas éstas como compartimentos estancos.

Podríamos representar la nosología Lacaniana:



Indicando, en el triángulo equilátero, la radical separación señalada entre las tres estructuras, por tanto, si son independientes, también equipotentes y excluyentes. Usa criterios de oposición estructural.

La nosología Kleiniana:



La representación circular, señala una menor rigidez, incluso cierto solapamiento, para algunos autores, entre las dos estructuras, neurótica y psicótica, así como con la organización borderline. No se daría una exclusión nosológica radical, interviniendo criterios dialécticos de transformación de cantidad en cualidad.

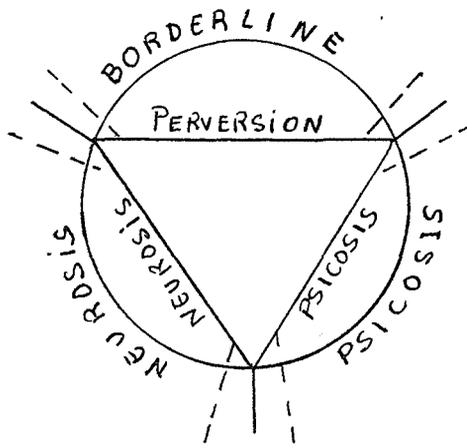
Comparativamente, la nosología Kleiniana, tiende a restringir el espacio de la neurosis, mientras que la nosología Lacaniana lo ampliaría.

En la psicosis, considerada estrictamente, como psicosis esquizofrénica, paranoica o melancólica, parece haber un acuerdo nosológico.

Por fin, el borderline, no podría equiparse a la Perversión, sino que la incluye y a la que suma, algunos estados psicóticos y la mayor parte de trastornos caracteriales y las denominadas falsas neurosis (de angustia, depresiva, hipocondríaca, ...).

De este modo, un mismo paciente puede ser diagnosticado diferentemente, por una u otra escuela, según sean los criterios escogidos.

Veamos, superponiendo ambos sistemas qué podría ocurrir:



En primer término, la mayor parte de Neurosis y Psicosis, se registrarían por igual, en Kleinianos y Lacanianos. Gran parte de los Borderline encontrarían equivalente en la estructura perversa.

Sin embargo, en los espacios nosológicos de incertidumbre, se daría lo siguiente:

- 1.- Habría Perversos que serían diagnosticados de Psicóticos o de Neuróticos.
- 2.- Habría Neuróticos diagnosticados de Borderline o de Psicóticos.
- 3.- Habría Psicóticos diagnosticados de Borderline o Neuróticos

En nuestro trabajo, sobre Borderline, intentaremos examinar si existe una equivalencia principal entre la Estructura Perversa y la Borderline.

Los Borderline neuróticos, como, sobre todo los Borderline psicóticos, tienden a denominarse a la inversa: neuróticos borderline o psicóticos borderline. Dado que no suele utilizarse el término, neuróticos borderline y sí, el de psicótico borderline, es por lo que la noción de neurosis tiende a restringirse en la escuela Kleiniana.

Ocurre también, que habría neuróticos diagnosticados

de borderline, y sobre todo, neuróticos diagnosticados de Psicóticos. Aquí, estaríamos ante el problema, hoy muy presente, de las psicosis histéricas y de los delirios en las estructuras neuróticas que desarrolla J.C. Maleval.

Por fin, podríamos encontrarnos, con psicosis (Lacanianas) que se diagnostiquen como borderlines, de núcleo psicótico sería el caso de aquellas psicosis asintomáticas, como la psicosis blanca de A.Green y J.L. Donnet(1).

RECAPITULACION

Campo Significante: Psicosis y Esquizo vs. Borderline.

- Hacen referencia, principalmente dentro del ámbito de la Psiquiatría clínica, a trastornos cuyo cuadro de estado se asemeja a la psicosis, particularmente la Esquizofrénica, pero de forma atenuada, pasajera y latente, en especial, al intentar descubrir los síntomas primarios. También subrayan, que el curso de la enfermedad no es defectual.

- La heboidofrenia puede considerarse el paradigma, en la psiquiatría clásica, de este trastorno que no puede atribuirse con claridad al campo de las psicosis esquizofrénicas, de ahí que se someta a debate.

Campo Significante: Carácter y Personalidad vs. Borederline.

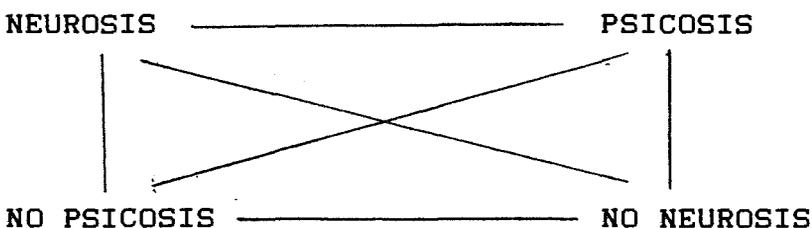
- Con mayor amplitud, los autores psicoanalíticos, introducen los términos de Carácter y Personalidad, para referirse a este ámbito de los trastornos borderline, lo que ha de conducir al análisis de estos conceptos y su relación con el significado de organización borderline de la personalidad, que podría denominarse, recogiendo el término de C.Castilla, como grupo de las Caracterosis.

- Tomamos como ejemplo de estudio, del Carácter y Personalidad borderline, a la Personalidad "como si" descrita por H.Deutsch.

Campo Significante: Borderline, Limite, Fronterizo.

Es empleado, casi exclusivamente, por autores psicoanalíticos, que lo definen situándolo entre la neurosis y la psicosis. Plantean, dentro del sistema nosológico, una triple estructura. La revisión de los sistemas nosológicos de diversos autores, nos conduce a la observación de este carácter ternario del sistema nosológico.

En la medida, que un sistema nosológico suele partir de una oposición de contrarios: Psicosis-Neurosis, el campo semántico se construirá:



De este modo, surge un tercer lugar, bipolar y

complementario de la primera oposición de contrarios, que algunos consideran un cajón de sastre y que otros intentan definir como organización borderline de la personalidad, al mismo nivel de categoría, que la neurosis o la psicosis.

Una concepción amplia de esta tercera categoría, como la de J. Bergeret, incluirá a buena parte de: Trastornos psicósomáticos, Perversos, Psicopático y Caracteriales.

1.2. - LOS SIGNIFICADOS

Tal como anunciamos, vamos a ir estudiando el concepto o significados que subyacen en cada uno de los tres campos significantes que hemos descrito, como resultado de la recopilación de términos, que diversos autores consideran que forman parte del acervo común de los casos "borderline", "etats-limite" o "fronterizos".

En primer lugar, veremos que los términos, en sí mismos, introducen su propia ambigüedad. Así, Fronterizo, es relativo a lo que se ubica entre dos. En inglés, "Borderline case", suele traducirse por caso dudoso, marginal o límite. En francés, la denominación "Etats.limite", todavía exagera más la ambigüedad, pues a lo fronterizo añade lo cambiante, subrayando los diferentes estados, tal como en la física, que puede tomar un cuerpo puro, esto es, los diferentes síndromes en que puede manifestarse una organización de la personalidad, al borde o en el límite de otras organizaciones o estructuras.

Por ello, el término nos parece poco aceptable, al

subrayar la confusión, la incertidumbre, lo inestable y poco definido, mientras que la organización límite de la personalidad, en términos metapsicológicos, es clara y coherente. Es por ésto, que proponemos un nuevo término, tomado de Castilla del Pino (13), el de Caracterosis. Un grupo de Significantes, hacen referencia a la psicosis y en especial a la Esquizofrenia, mientras que otro lo hace al carácter o a la personalidad; Por fin, un tercero se refiere directamente a la organización subyacente de la personalidad. El término de Caracterosis, pretende ser expresión de la organización límite de la personalidad, especialmente en su vertiente relacional. Ser un término diferenciado por oposición a la neurosis y psicosis, es decir, representante de una patología singular. Hace clara referencia al carácter, cuya patología va a ser el modo de presentación límite de la personalidad, junto a sus formas agudas, tal como veremos al estudiar las diferentes clasificaciones.

Para E. Rolla (14) "los estados borderline son una presentación fenoménica o clínica de la estructura de carácter que toma en estos sujetos una forma de presentación, en cuanto al desorden de carácter que muestran, una estable inestabilidad".

En este mismo sentido, C. Pelegrín (15), considera que Grinker, Kernberg y Searles, pertenecientes al psicoanálisis americano, juzgan a la organización borderline como "graves caracteropatías".

Castilla del Pino, sostiene que las Caracterosis

vendrían organizadas como las neurosis de carácter. Siguiendo a J. Bergeret, añadiríamos también a las psicosis y perversión de carácter, o a los caracteres narcisitas, como regidos por la dinámica propia de la organización borderlina de la personalidad.

El estudio del Significado de algunos de los trastornos psíquicos, cuyos términos o Significante, representan a alguno de los campos Significantes establecidos, ha de servirnos para mostrar los puntos comunes existentes entre el Significado de cada uno de ellos y el de la Organización borderline de la personalidad. Como ya dijimos, se escogieron: "La heboidofrenia" (del grupo "Esquizo" y "Psicosis") y la "Personalidad <<como sí>>" (del grupo "Carácter" y "personalidad").

1.2.1- PSICOSIS Y BORDERLINE: LA HEBOIDOFRENIA.

Me referiré a los primeros hallazgos de Kahlbaum (1885), de perspicacia descriptiva y donde se perfilan, a través de lo que denominaré Heboidofrenia, como subtipo de la esquizofrenia, una serie de rasgos que más tarde podrán ser incluidos dentro de los borderline, o una manera de manifestarse los casos borderline. Para Kahlbaum hay una clara diferencia entre la clásica Hebefrenia y la Heboidofrenia, que como su propio nombre indica, se asemeja a la primera en lo aparente y se diferencia en un elemento esencial, su curso benigno, que contrasta con el curso

defectual de la Hebefrenia.

Nos dice T. Carraz(16) (1969), "Kraepelin confundía especialmente esta entidad clínica con las formas simples o atenuadas de Demencia precoz, siendo las manifestaciones caracteriales en cierto modo los signos primeros". En 1927, Guiraud habla de "constitución perversa o heboidofrenia", "precisa que la heboidofrenia puede ser considerada como la forma perversa y antisocial de la esquizofrenia frustrada".

Heuyer la comenta como "vias de entrada en la demencia precoz" o "trastornos de carácter al comienzo de la demencia precoz".

Claude examina a la heboidofrenia y encuentra semejanzas con las esquizosis por él descritas.

Vamos observando cómo la psiquiatría clínico-descriptiva circunscribe, bajo denominaciones varias, a la heboidofrenia y hace hincapié en el polo del Carácter, como en el de la Esquizofrenia; los diversos estudios subrayan estos dos elementos tendiendo a clasificar el tipo heboidofrenia como una forma benigna de esquizofrenia. Los autores más modernos, al hablar de borderline, también pondrán un pié en las psicosis, especialmente en las esquizofrénicas, y otro en el carácter y sus trastornos.

Hacia los años 30, en EEUU, Hoch estudia las formas pseudopsicopáticas de la esquizofrenia. Este punto de vista es el sostenido por J. Chazaud(17), que refiriéndose a la heboidofrenia dice: "Especie caracterizada ante todo

por trastornos de conducta o del "carácter" que se presentan, tanto en una verdadera "existencia delirante" como en "un delirio organizado". El autor justifica el encuadre de la hebidofrenia dentro de las esquizofrenias en la medida que describe, aunque atenuados, los síntomas primarios de la esquizofrenia "triple discordancia afectiva, intelectual y pragmática", expresando así, la ambivalencia, la bizarrería, la impenetrabilidad de la conducta de estos pacientes".

J. Chazaud, sitúa todo el tiempo estos casos de hebidofrenia, entre trastornos graves del carácter y esquizofrenias benignas, en cuanto al curso y en cuanto al cuadro de estado; atenuación de los síntomas primarios de esquizofrenia, así como de los secundarios, tal como veremos en la descripción que efectúa el autor: "Estos trastornos caracteriales van de la tendencia a la fabulación, hasta la arrogancia, pasando por la indisciplina, la glotonería, la impulsividad, la perversión".

"Están siempre presentes, predominantes, preexistentes en las secuelas, y forman el fondo sobre el que se esconden aumentos transitorios, sin organización verdaderamente durable: bouffés más o menos depresivas o confuso-alucinatorias, más o menos francamente negativistas, mitomaniacas, delirantes o de agitación catatónica con, a veces, fases de verbigeración y trastornos más netos del curso del pensamiento".

Dado que J. Chazaud realiza su tesis doctoral

sobre la heboidofrenia, es de interés ver como aborda el problema en ese momento, fundamentalmente recogiendo dos perspectivas: la clásica orientación de la psiquiatría clínica, que subraya el hallazgo de Kahlbaum, y la aportación psicoanalítica de Hoch en 1930, al describir el borderline, y especialmente al hablar de las heboidofrenias o "esquizofrenias pseudo-psicopáticas". Dice Hoch "Al lado de actitudes agresivo-pasivas, con pan-angustia, pan-neurosis, organización sexual caótica, dominan las actitudes desafiantes sin angustia ni sentimientos de culpabilidad, y con justificación de los hechos delictivos por implicación de un tercero. A estos sujetos, se les aplica el concepto de "esquizofrenia pseudo-psicopática".

Para J.Chazaud, el diagnóstico diferencial de la heboidofrenia ha de establecerse con la Perversión y con la Epilepsia. A su vez, el autor aplica a estos pacientes reiteradamente el concepto de "personaje" que tiene mucho que ver con la noción que Castilla del Pino tiene de las Caracterosis en diferentes áreas del Self, así como con el Falso Self de Winnicott.

T.Carraz, en su tesis de 1968 sobre "La Heboidofrenia", nos dice algo de gran interés, que por su parte C.Paz y colaboradores investigarán, llegando a conclusiones semejantes. Se trata del estudio, por parte de T.Carraz, a través de los test: Weschler, Rorschach y TAT de la heboidofrenia, y por parte de C.Paz y col., del estudio a través de Weschler y Rorschach, de estados y/o estructuras fronterizas.

Dice T.Carraz "En el Weschler se encontraba generalmente una excelente adaptación concreta en la utilización de lo real (evocando la psicopatía), confirmada en el TAT donde el tipo de relación con el entorno era la de la relación infantil, egocéntrica e impulsiva. Por otra parte, el Rorschach reenviaba, de manera neta, a una estructura esquizoide con una conservación paradójica, incluso superior a la normal, del contacto humano virtual".

A este autor, le interesa deslindar heboidofrenia de esquizofrenia, por razón de su propósito. El autor considera a "La Heboidofrenia como constituida por un estadopre-psicótico permanente". Las diferencias de abordaje terapéutico empujan a T.Carraz a diferenciar la heboidofrenia de la esquizofrenia. A continuación transcribimos la conceptualización clinico-descriptiva que T.Carraz realiza de la heboidofrenia para que observemos su coincidencia con los estados límite o borderline.

"Episodios caracteriales agudos, los paroxismos pueden consistir también en la acentuación de momentos psicóticos, realizando un agravamiento temporal, muy breve, del fondo pre-psicótico bajo la forma de pequeñas bouffés delirantes interpretativas, de cortos episodios de despersonalización, de extrañeza". "...estos pacientes no evolucionan jamás hacia una disociación bien neta de su personalidad". Entre la tesis de J.Chazaud "Investigaciones sobre la heboidofrenia. Un estudio de la Esquizofrenia con sintomatología llamada caracterial prevalente" y la tesis de T.Carraz, "La heboidofrenia", media una suspensión, la

de la nota aclarativa al título de la tesis de J.Chazaud, esto es, el encuadre de la heboidofrenia dentro de las Esquizofrenias. Aunque las descripciones de los casos estudiados por Chazaud y T.Carraz son muy semejantes, tratándose en ambos de heboidofrenia, sin embargo Carraz, decide subrayar las diferencias con la esquizofrenia, mientras que Chazaud prefiere recalcar sus semejanzas. Las consecuencias terapéuticas han de ser diferentes.

El hecho de traer aquí estos trabajos y a estos autores, es para responder el primer planteamiento que nos hacemos del caso borderline, desde la teoría clínica fenomenológica, transcribiendo descripciones de la heboidofrenia que tanto se ajustan a la realidad de los casos borderline.

Si leemos detenidamente alguna de las descripciones realizadas por estos autores, tendremos la ocasión de revisar la psicopatología de estos casos, para insistir sobre los síntomas y su correcta catalogación, descubriendo con ello las peculiaridades del síndrome borderline que luego denominaremos, con C.Paz y otros, estructura fronteriza.

Veamos alguna de las descripciones de la heboidofrenia: J.Chazaud: "estos transtornos caracteriales van de la tendencia a la fabulación, hasta la arrogancia, pasando por la indisciplina, la glotonería, la impulsividad, la perversión. Están siempre presentes, predominantes, preexistentes en las secuelas, y forman el fondo sobre el que se esconden aumentos

transitorios, sin organización verdaderamente durable: bouffés más o menos agudas, más o menos depresivas o confuso-alucinatorias, más o menos francamente negativistas, mitomaniacos, delirantes o de agitación catatónica con, a veces, verbigeración y trastornos más netos del curso del pensamiento". T.Carraz: "Episodios caracteriales agudos, los paroxismos pueden consistir también en la acentuación de momentos psicóticos, realizando un agravamiento temporal, muy breve, del fondo pre-psicótico bajo la forma de pequeñas bouffés delirantes interpretativas, de cortos episodios de agitación incoherente pseudo-maniaca o de fugas, episodios de despersonalización, de extrañeza". "...estos pacientes no evolucionan jamás hacia una disociación bien neta de su personalidad".

Ambos autores subrayan, en primer lugar, de forma coincidente, la prevalencia de los trastornos o episodios caracteriales. Es pues, el carácter, un punto de mira principal, que J.Chazaud describe y nombra como Castilla del Pino lo hace, al hablar de las Caracterosis, distinguiendo diferentes áreas del Self.

Ambos autores destacan diversos trastornos del sentido de realidad, "las bouffés" ("sin organización verdaderamente durable", en Chazaud; "muy breves" en Carraz), depresivos, confuso-alucinatorias, motomaniacas, delirantes, agitación catatónica (Chazaud); agitación incoherente pseudo-maniaca, fugas, episodios de despersonalización, extrañeza, (Carraz).

Por fin, mientras Chazaud termina diciendo: "a veces, verbigeración y trastornos más netos del curso del pensamiento", T.Carraz, sentencia, "estospacientes no evolucionan jamás hacia una disociación bien neta de su personalidad".

Matizando una mayor o menor disociación, nunca de la intensidad de la observada en las psicosis esquizofrénicas, los autores finalizan su descripción de este estado pre-psicótico, al decir de T.Carraz.

Por tanto, CARACTER, BOUFFEE, DISOCIACION serían palabras clave en la descripción. Las dos primeras, componen los síntomas principales y llamativos: la conducta, el carácter trastornado de forma más o menos aguda, el campo relacional en alguna área del self. Luego, los síntomas de orden psicótico, las bouffés, transitorias y variadas maneras de perder el sentido de la realidad, siendo principalmente en el campo de la connotación, como diría Castilla del Pino, delirante interpretativas, o en el de la denotación, confuso-alucinatorias, en su humor: pseudo-maniacos, depresivos; en la identidad: despersonalización, extrañeza.

Todo ello, en base a un principio metapsicológico, la disociación.

PSICOSIS, JUICIO DE REALIDAD, DIACRISIS

Estamos entonces, en la descripción de la "psicosis mitis", y en general, ante el problema

psicopatológico de la psicosis, como trastorno de las DIACRISIS, según Castilla del Pino, trastorno del sentido de la realidad o del juicio de realidad. En el caso de la heboidofrenia o del borderline, se trata de un juicio de realidad falso, bien en el orden de la denotación o en el de la connotación, o en ambos a la vez, pero de carácter transitorio, pasajero. Este error se verificará en momentos que el sujeto está altamente emocionado y habiendo perdido el control de sus afectos. Aparecerán entonces delirios y/o alucinaciones, ante una primera mirada del observador, pero que más bien, en la psicopatología de Jaspers, se corresponden con "ideas deliroides y sobrevaloradas" y "alucinosis". La capacidad de restablecer un juicio crítico correctivo varía de unos a otros pacientes, indicándonos el grado y modo en que el Yo se encuentra afectado y, por lo tanto, la intensidad de la disociación, tal como nos anunciaban J.Chazaud y T.Carraz.

El estudio de la Heboidofrenia es paradigmático, al proponer, en la psiquiatría clásica, los síntomas primarios de la esquizofrenia y su expresión en el carácter, así como la ausencia de proceso defectual, lo que conduce a replantearse los límites del diagnóstico de esquizofrenia y, por extensión, al de psicosis, y el carácter, como lugar de expresión de la psicosis.

Antes ya citamos a la "Psicosis mitis", que Marco Merenciano describió en 1945, al referirnos al problema de la Diacrisis o Sentido de la Realidad. Nos dice Merenciano: "Aquellos procesos que tienen su origen en la zona afectiva

y que se expresan por un sentimiento de enfermedad o de extrañeza, con todas las probabilidades de despersonalización, con trastornos de los sentimientos, desde los sensibles hasta los espirituales, con leves y transitorias alteraciones de la conciencia, con conservación de las funciones lógico-críticas y ausencia de auténticas alteraciones de la percepción y del pensamiento (alucinaciones e ideas delirantes)".

Claude, cuando describe la Esquizoidia, que sitúa dentro de las esquizofrenias, dice "no pierde jamás o casi nunca el sentido de la realidad".

Así cuando H. Ey comenta a Claude, dice: "Claude reunía en el grupo de las "Esquizosis" todas estas formas de esquizofrenia y también ciertos aspectos de la histeria". Del mismo modo, el propio H. Ey, al describir lo que llama Esquizoneurosis, comenta: "El sujeto, curado de su "brote psicótico", reemprende una existencia neurótica". Termina el autor elogiando a las "Esquizomanías" de Claude, que describe así: "Predomina la ensoñación imaginaria o aquella otra en la que predomina el enfado negativista. A menudo son violentos (furor, mutismo, rechazo de alimentos que expresa la oposición al medio, exaltación, erotismo, fabulaciones compensadoras). Sin embargo, en el seno de estas manifestaciones, aún en las más dramáticas, el enfermo no da la impresión de una pérdida de contacto completa con el ambiente. La crisis no carece de relaciones comprensibles con la biografía del enfermo. Se trata de una mutación delirante y provisional de sus posiciones

neuróticas habituales".

Todas estas citas tienen la finalidad de llamar la atención sobre aquellos cuadros clínicos que parecen estar a medio camino entre las psicosis y las neurosis, precisamente a partir del exámen del juicio de realidad, que es el que está en la base de dicha diferenciación. De este modo, al no aparecer síntomas clínicos claros, es cuando se recurre al examen del juicio de realidad, como serían los síntomas primarios de la esquizofrenia, en el carácter.

Así Minkowsky nos dice claramente: "Tiene una estructura esquizofrénica solamente en su carácter, sin que ésto signifique otros trastornos".

Del mismo modo se expresa E. Bleuler, cuando nos dice que puede ser que la esquizofrenia tan solo se manifieste en el campo relacional; "los cuadros clínicos pueden ser muy variados: fracaso en la profesión y progresivo descenso en el escalón social, querulancia más o menos marcada, exigencias acerca de todos los derechos imaginables, sin que el enfermo se reconozca deberes, alcoholismo, etc...".

Se ve E. Bleuler en la necesidad de crear categorías nosológicas intermedias: Esquizofrenia latente y esquizofrenia simple.

El propio Bleuler se esfuerza por deslindar, neurosis de psicosis, "el síndrome histérico de las bufonadas y los estados catatónicos". En este esfuerzo diferenciados, Kretschmer, en 1921, describe la

Esquizoidía, que sitúa entre la personalidad esquizoide y la esquizofrenia.

En este sentido, la alteración del juicio de realidad se tiene que afirmar, hasta buscarlo en el carácter.

La psicopatología clásica, como nos dice K.Jaspers, busca diferenciar a las "auténticas ideas delirantes de las ideas deliroides".

"A las ideas deliroides pertenecen las equivocaciones pasajeras provocadas por percepciones engañosas y otras por el estilo, las ideas melancólicas y maníacas (delirio nihilista del pecado, del empobrecimiento, etc...) y ante todo las ideas sobrevaloradas".

"Las ideas sobrevaloradas se llaman a aquellas convicciones acentuadas por un estado afectivo muy fuerte, comprensible por la personalidad del individuo y por su vida" (...) "Las ideas sobrevaloradas aparecen en personas psicopáticas, pero también en los demás seres como delirio inventivo, como delirio de celos, como delirio reivindicativo, etc...".

Con estas citas se pretende destacar, la diferencia existente entre delirio e idea sobrevalorada, base del sentido de realidad, elemento crucial para la diferenciación de las psicosis. La diferencia radica en "GRADO DE CERTEZA, EXTENSION DEL CONTENIDO Y COMPRENSIBILIDAD".

Cuando J.C.Maleval(18), Baldiz Foz(19) o Laura

Vaccarezza(20), analizan la ausencia de forclusión del Nombre-del-padre, equiparando la estructura del delirio histérico a la del sueño, se muestra un acuerdo entre la perspectiva que da el análisis del discurso psicoanalítico, con el análisis efectuado por la fenomenología.

La verdadera idea delirante implica una "vivencia delirante primaria" (Jaspers), es decir, "Una vinculación sin motivo" (Gruhle), y "una transformación de la personalidad" (Jaspers), esto último es lo que hace que el delirio sea incorregible.

La moderna psicopatología de C.Castilla del Pino(21), para estudiar la barrera diacrítica, especialmente en la alucinación, nos dice que "ha de atender a estas tres variables: 1)ruptura total vs.parcial (sectorial). 2)Irreversible vs. reversible. 3)Paulatina vs. súbita. Así puede definirse la profundidad del proceso adiacrítico.

En la heboidofrenia y trastornos afines, tal como los genéricamente llamados, borderline, diremos que la adiacrisis es: Parcial, reversible y súbita. La tabla de verdad de la lógica trivalente, que opone lo verdadero a lo falso, abre un nuevo lugar, lo indecible, entre ambos, que nos parece apropiado para hablar de estos casos cuyo juicio de realidad está poco claro y ha de ser matizado.

La nosología como sistema lógico de clasificación, para encontrar en la lógica trivalente, su razón de ser, la constitución de tres ámbitos, tal como han sido estudiados.

Desde el psicoanálisis, C.Paz(22) nos describe un

caso fronterizo con la psicosis, que clasificar de pre-psicosis o idea sobrevalorada.

"El análisis con el analista A., que duró un año y medio, Lucía me lo refería una y otra vez con intensa carga emotiva, atribuyendo a A. reacciones psicóticas durante las sesiones: "golpeaba el piso con enojo, me gritaba, cuando me iba, al terminar las sesiones, se quedaba furioso". "Yo quise dejarlo varias veces, pero A. insistía: tiene que seguir, tiene que seguir". Todo el clima que Lucía atribuía a este análisis daba la impresión de una pesadilla confusional, con perplejidad y proyecciones "casi" delirantes de Lucía".

Es de interés el caso Lucía, por el relato literal que hace C.Paz, del que extrae conclusiones que nos sirven para el análisis del funcionamiento de la Diacrisis en el fronterizo psicótico; "Dentro de su proyección delirante, Lucía acude a una discriminación de mi persona como un claro sentido defensivo frente a la invasión psicótica; ésta es una de las características más notables en los mecanismos defensivos en los psicóticos fronterizos".

La función diacrítica alterna de lo verdadero a lo falso, tal como nos dice C.Paz: "Durante todo el mes de octubre y noviembre se alternaban momentos de cierta discriminación con momentos delirantes, como sucedía un mes atrás".

La función diacrítica, el sentido de realidad, es uno de los criterios definidores de psicosis en la psicopatología clásica y moderna, así como en el

psicoanálisis Kleiniano. De ahí la difícil ubicación de trastornos tales como: delirio de imaginación de Dupré, delirio sensitivo paranoide de Kretschner, heboidofrenia de Kahlbaum o los estados-límite y fronterizos.

En ocasiones, en los casos fronterizos o límite, resulta más fácil identificar la función diacrítica, a pesar de su valor indecidible, como ocurre con los síndromes: hipocondríaco, despersonalizador, extrañamiento, "déjà vu"... que forman parte de la personalidad "como si", descrita por H.Deutsch, porque en la veracidad, que indican la posición crítica del sujeto. Esto mismo ocurriría al observar a los denominados "Falso Self" de Winnicott e incluso a la "Identidad difusa" de H.Erikson, como en el caso Lucía de C.Paz.

RESUMEN

El significado de :Psicosis, Esquizofrenia y Borderline.

El estudio de la Heboidofrenia, nos conduce , como en el estudio del borderline, a un doble referente, el CARACTER y la ESQUIZOFRENIA.

J.Chazaud es partidario, dentro de las dificultades de diferenciar lo esquizofrénico de lo caracterial o psicopático, de la heboidofrenia, de asignar a ésta, dentro del grupo de las esquizofrenias. T.Carraz, por el contrario defiende en su tesis, el polo no esquizofrénico de la heboidofrenia, constituyendo, para

él, un trastorno del Carácter de fondo prepsicótico.

Carácter se reúne con Psicosis, y este concepto se estudia a través de distintos autores, en especial con Castilla del Pino, para definirlo como alteración del juicio de realidad, o pérdida, en mayor o menor grado, de la función diacrítica. Se compara así a la heboidofrenia, con la Esquizoidia, Esquizosis y Psicosis mitis, discutiendo las especiales características psicopatológicas de estos procesos psicóticos, comparables a los borderline.

De este modo, pasamos al siguiente capítulo, donde nos detendremos, en detalle, sobre el Carácter y la Personalidad, dejando en un segundo plano, el aspecto psicótico del paciente borderline.

1.2.2- CARACTER, PERSONALIDAD y BORDERLINE: LA PERSONALIDAD

"COMO SI"

CARACTER Y PERSONALIDAD

Para reflexionar sobre el carácter recogeremos en primer lugar, algunas opiniones clínicas, como la de K. Jaspers(23), en la que nos dice: "En todas partes la primera exigencia en psicopatología consiste en servirse claramente de conceptos precisos. Pero ningún concepto es empleado tan ambigua y variablemente como el concepto de la personalidad o el carácter". Es por esta razón que el autor da una definición del carácter, como "el conjunto individualmente distinto y característico de las relaciones comprensibles de la ~~vida~~ psíquica".

El carácter y la Personalidad suelen utilizarse muchas veces como sinónimos, de ahí que convenga realizar una revisión de la psiquiatría clásica, puesto que estos términos van a ser asignados a diversos trastornos que se clasifican dentro de la organización límite de la personalidad.

Ya hemos reiterado, en el capítulo dedicado al Campo del Significante, el parentesco existente, cuando se nombran los diferentes tipos de borderline, según los autores, entre "trastornos caracteriales o del carácter" y "trastornos de la personalidad", que según G.Bosch(1964)(24) se corresponden con dos áreas de cultura psiquiátrica diferentes, el primero aparece en la nosología francesa y el segundo, preferentemente en la alemana.

Mientras J.Delay y H.Ey sugieren que el carácter en una propiedad de la personalidad (junto con la inteligencia y el temperamento), para P.Pichot, "el carácter recubre los aspectos intelectuales y fisiológicos".

Sin embargo, en la literatura alemana, al excluir a la inteligencia del término personalidad, tiende a superponerse al carácter, definiéndolo como "El conjunto de las relaciones comprensibles entre los estados psicicos con lo que tienen de particular en cada individuo".

Para Kretschmer: "Carácter y personalidad son sinónimos".

K.Schneider define a la personalidad

ocarácter diciendo "siendo la suma de sus sentimientos y de sus apreciaciones, de sus tendencias y voliciones". Añade luego, en la misma línea alemana, "se debe esencialmente distinguir de toda disposición intelectual así como de la memoria y de todos los talentos".

Kronfeld, sin embargo establece que:

Personalidad = Carácter + Inteligencia.

Kahn, para quien: Personalidad = Carácter + Temperamento + Inteligencia.

Esta fórmula será definida en España por A. Vallejo (25).

Jung, al relacionar el concepto de Persona con el concepto de rol, también parece aproximar a la persona con el carácter, o modo con que el individuo se presenta ante su entorno.

K. Abraham desarrolla esta idea y dice que "Carácter es la suma de las relaciones de una persona hacia su entorno social".

En este mismo sentido se refiere H. Wallon "Manera habitual y constante de reaccionar, propia de cada individuo".

H. Ey dice que "El carácter es una especie de sistema... para identificar el hábito, el estilo de reacción".

También K. Schneider centra su definición de carácter entorno a ese encuentro entre lo individual y lo social, definiendo al psicópata como "sufren de su anormalidad o cuya anormalidad hace sufrir a la sociedad".

G. Bosch "En la concepción de los trastornos caracteriales, el aspecto social del carácter patológico parece situarse en el primer plano".

Con ello, la patología del carácter tiende a denominarse, Caracterial o Psicopática.

A lo largo de estas líneas, tienden a deslindarse, por veces a confundirse, Personalidad y Carácter, tomando este último, cada vez más, una dimensión reactiva y relacional.

Por fin, G. Bosch se refiere a los trastornos o cambios de carácter como indiciarios, a veces, de trastornos procesuales profundos y psicóticos. Sin embargo, subraya el carácter y sus rasgos, como manifestaciones, de lo relacional, de la estructura del sujeto.

El Carácter, tal como indica J. Bergeret, es expresión de la estructura del sujeto o de la organización de la personalidad y de su forma de reacción y contacto, muy especialmente en el campo de las relaciones interpersonales. De esta manera, articulamos los conceptos de personalidad y de carácter, mientras el primero tiende a ser un concepto metapsicológico, como es la organización o estructura del sujeto, el segundo sería la expresión o manifestación, esencialmente en el plano relacional, de aquella estructura. En este sentido, rasgo de carácter, tiende a oponerse a síntoma, como dos polos de la expresión de la estructura, si bien, como dice N. Caparrós(26), esta diferencia va perdiendo importancia en una interpretación dinámica y estructural de la personalidad.

Tanto la psiquiatría clásica, como el psicoanálisis, nos hablan de la ambigüedad de estos términos. Dentro de la psiquiatría clásica, A. Vallejo, identifica el temperamento, con el tramo genético de la personalidad, mientras que el carácter sería el tramo ambiental o reactivo.

Nos dice A. Vallejo: "Constituye el carácter, el término de transición entre los factores endógenos y exógenos de la personalidad, y participa como elemento importantísimo en la reacción personal". Más adelante añade "Cree Kretschner como Goethe que el carácter se forma en la corriente de la vida, y en consecuencia, concibe dicho aspecto psicológico de la personalidad como la totalidad de las posibilidades reactivas de un hombre, engendradas a lo largo del curso de la vida".

Se hace hincapié en la manera de reaccionar habitual. Como decíamos, también el psicoanálisis habla de ambigüedad, así, Laplanche y Pontalis, al describir la "neurosis de carácter" dicen: "El término neurosis de carácter se ha convertido en una expresión de empleo corriente en el psicoanálisis contemporáneo, sin que, no obstante, posea un sentido muy preciso".

Si por un lado, la noción de neurosis de carácter, se opone al de neurosis, desde una perspectiva descriptiva, según que el trastorno aparezca, respectivamente, en forma de rasgo de carácter relacional o en forma de síntoma, desde la perspectiva estructural,

tal diferenciación es un solo conflicto, entre organización del deseo y de la defensa. En este mismo sentido, insiste N. Caparrós.

D. Lagache, también diferencia estructura y carácter, definiendo éste, como una proyección sobre el sistema del Yo de las relaciones entre los diversos sistemas y en el interior de los mismos. "En la medida en que predominen las formaciones reactivas, el carácter mismo puede aparecer como una formación esencialmente defensiva, destinada a proteger al individuo, no solo contra la amenaza instintual, sino también contra la aparición de síntomas".

J. Bergeret, cuando incorpora los conceptos de Recamier, de neurosis, perversión, y psicosis de carácter, lo hace incluyéndolos dentro de la organización límite de la personalidad, en oposición a los caracteres: neurótico o psicótico. Para J. Bergeret, la estructura se manifiesta a través de síntomas, por un lado, y del carácter por el otro. Por el contrario, la organización, como lo son, los estados límite, no diferencian entre síntomas y trastornos del carácter, siendo el trastorno caracterial, expresión directa de la organización de la personalidad en el trastorno límite, de ahí que nos parezca justo utilizar el término Caracterosis.

Del mismo modo, nos dice Laplanche y Pontalis, "En oposición al polimorfismo de los "caracteres neuróticos", se ha intentado designar como neurosis de carácter una estructura psicopatológica original. Así, Henri Sauquet

reserva el término "neurosis de carácter" para los casos en que la infiltración del Yo es tan importante que determina una organización que recuerda la de la estructura prepsicótica".

Autores como, F.Alexander, Ferenczi o Glover, "intentan situar las anomalías caracteriales entre los síntomas neuróticos y las afecciones psicóticas".

El carácter, tiende a emplear los mecanismos de defensa del Yo propios de la adolescencia, y que A.Freud define como: la intelectualización, la generalización, la conversión en lo contrario... intentando equilibrar al Self-catexis del objeto, dicho en términos de Hartmann, lo que subraya la dinámica y el equilibrio narcisístico del Yo, en lo que juega este importante papel el carácter. A partir de lo señalado hasta aquí, vamos a realizar una aproximación a la definición de carácter. Tal como hemos visto, suele ponerse en relación con algún otro término que lo sitúa dentro de la organización límite de la personalidad, dentro del psicoanálisis, tiene un significado, a veces intercambiable con el de carácter, pero también se refiere a la estructura global del Sujeto. Precisamente, como nos dice J.Bergeret, la organización límite se define por la ausencia de estructura y, como consecuencia, por una indiferenciación entre síntomas y rasgos caracteriales. En este sentido, la globalidad con que se manifiesta la organización límite, es la personalidad límite, es decir, una amalgama caracterial y sintomática. Aunque el

término personalidad es equiparado al de Sujeto, tiende a usarse cuando se nombran trastronos (Trastornos de la personalidad) que se incluyen en la organización límite.

DEFINICION DEL CARACTER

El carácter es un signo de amplio campo semántico, al que consideramos perteneciente al Self, en especial por su dimensión interpersonal y por la referencia al narcisismo yóico, que forma parte de los mecanismos de defensa, en especial a través de las formaciones reactivas, y que participa de una economía narcisista, así como es expresión de la estructura de la personalidad.

Cuando nos propusimos estudiar los diferentes términos con que se designaban los distintos trastornos, que al parecer tenían un denominador común, que se llamó organización límite de la personalidad, se hacía referencia a dos clases principales de significantes, unos que atendían a la expresión más crítica del trastorno, y que hacían referencia a la psicosis y a la esquizofrenia, mientras que otro grupo de significantes, atendían a la expresión menos crítica y más estable, y que hacían referencia al carácter y a la personalidad.

Pues bien, mientras los significantes son múltiples, tal como hemos reseñado antes, el significado sería único, o tendente a unificarse, respondiendo a lo que

se denomina, organización límite de la personalidad.

Nos encontramos entonces, con varios significantes en correlación sinonímica, respecto del significado: organización límite, que en realidad podría ser también significante elegido, como vínculo con el significado.

Se trata pues de construir un signo, que nombre y signifique.

El término carácter, etimológicamente significa SIGNO, la relación entre la manifestación (significante) y la estructura (significado), bien podría ser, como hemos ido viendo, una definición del Carácter, en psico(pato)logía.

En la organización límite, se subraya el parentesco entre el trastorno y el carácter, de ahí que se habla de: Carácter narcisista, Acondicionamiento caracterial, Neurosis, Perversión y Psicosis de Carácter, Acondicionamiento perverso. También las formas de expresión aguda, las crisis agudas, se ponen en relación con el carácter.

Es por estas razones, que proponemos el término, Grupo de las Caracterosis, a todas estas formas de manifestarse la organización límite, identificándola como una estructura diferente y estable, que puede tomar diversos modos de manifestarse, tanto en forma aguda o crítica, como en forma crónica o subcrítica.

Una vez que analicemos los diferentes componentes de la definición de carácter, volveremos sobre esta cuestión.

1.2.2.1- Carácter y signo.

La Caracterosis habla de un trastorno del carácter, equiparable estructuralmente a la neurosis de carácter (C.Castilla del Pino) y ya vimos la vinculación de la neurosis de carácter con el espacio existente entre neurosis y psicosis es decir, con la organización límite, a la vez que estudiamos la relación entre esta organización de la personalidad y el carácter. Este vínculo, entre lo profundo y lo manifiesto, la función de signo, es la que ahora analizaremos, como constitutiva del carácter.

Etimológicamente proviene del griego, "KHARAKTER", que significa SIGNO GRABADO. Se nos dice, refiriéndose al individuo: "Manera de reaccionar habitual", "afirmación de la personalidad".

El carácter está ligado en su esencia a la representación, es signo. Pero además hace referencia a la escritura, pues se trata de un signo grabado. En la escritura, siguiendo a N.Nicholaidis(28) podemos encontrar diferentes grados de desarrollo y evolución de lo simbólico: jeroglífico, alfabético..., así como una referencia al erotismo anal, que desde S.Freud o W.Reich, se puso en relación con la formación del carácter.

1.2.2.2- Carácter y Self.

El significante Carácter nos remite a Self, incluyéndose en éste. La capacidad reflexiva del Yo, de volver sobre sí-mismo, como producto relacional, sería un modo abreviado de definir al Self. El carácter sería, como

hemos dicho, una propiedad del Self, o un aspecto interpersonal, exponente manifiesto del Self en la relación. Lo que el sujeto es en contacto con el otro. El Self, como estructura del Sujeto, incorpora al carácter como significante de sus actos de conducta relacionales y manifiestos. Para recalcar esta idea, Freedman(29) dice "El carácter se refiere primordialmente a una conducta observable de manera directa y a estilos de defensa, actuación, pensamiento y sentimiento".

J. Bergeret(30), cita: "R. Diatkine y J. Favreau definen el carácter como el conjunto de los modos relacionales del individuo con lo que le rodea en la perspectiva que da a cada uno su originalidad". Esta dimensión relacional del Self, la denominamos carácter.

Nos parece exagerada la oposición de algunos autores, Winnicott entre ellos, que equipararon Carácter y Falso Self. Si para nosotros, reflexionar sobre el carácter, es un modo de acercarnos al problema borderline, Winnicott se adelanta, denominando carácter a esa forma patológica del self, al falso self, que nosotros denominamos Caracterosis. Nos dice Bergeret: "Retomando términos de W. Winnicott, podríamos decir que la estructura profunda, original y estable corresponde a la noción del "self" mientras que el carácter sería la máscara visible que el autor denomina "falso self" detrás del cuál, se esconde la estructura". Se mantiene la idea del carácter como dimensión manifiesta y relacional, aunque se connote peyorativamente, como falso self, si bien, ya lo diremos más adelante,

apoyamos, con Winnicott, el aspecto defensivo y reactivo del Carácter.

De nuevo Freedman opone, como tantos otros autores, sintoma a trastorno del carácter y las relaciones objetales. "Los trastornos de carácter refieren su actividad defectuosa en el área de las relaciones de objeto".

El autor también insiste en el carácter como relación. Sobre el mismo particular, H.Ey(31) considera al carácter como la dimensión superestructural "en la cual, la identidad del Yo como "carácter" implica la organización más elaborada y sistemática de su manera de ser. En este caso, H.Ey equipara "identidad del Yo" (término superponible a self) y carácter, no connotado negativamente una aproximación conceptual al carácter como la de W.D.Winnicott. Concibe el carácter como reflejo de infraestructura a la vez que como disfraz de la misma.

Si con Winnicott, equiparamos carácter con falso self, en el caso de carácter patológico, como el narcisista, según J.Bergeret, tan solo habría falso self, es decir, no habría diferencia entre estructura y pura máscara adaptativa. "En este caso, el carácter ya no corresponde solamente a una forma relacional visible de funcionamiento adaptado de la estructura, sino, siempre en tanto que "falso self" (y en el sentido restrictivo esta vez) a un intento de recuperación relacional de la diferencia estructural subyacente. Podríamos decir, que en estas condiciones no habría ningún self auténtico, ninguna

estructura verdadera detrás de esta apariencia caracterial".

Creo que queda bastante clara la función relacional, expresión interpersonal del self, que denominamos carácter.

1.2.2.3- Carácter y mecanismos de defensa.

Si el carácter acaba de ser definido con referencia al self, como expresión particular del mismo, en su dimensión manifiesta y relacional, ya se incluía, sobre todo a través de Winnicott, la función defensiva del mismo. Defensa del self y defensa yóica. La expresión relacional de la estructura es fundamentalmente, defensiva. "La manera de reaccionar habitual con que definimos al carácter, se torna en "formación reactiva". Contacto y reacción protectora del self. Siguiendo a W.Reich(32) (análisis del carácter), el carácter sería un intento de que la angustia se canalice relacionalmente, a través de un rodeo que se le hace dar a la libido. El carácter fundamentalmente ayudaría a la represión, y su buen funcionamiento, conduciría a facilitar la sublimación. El carácter intenta a través de su rigidificación, consolidar la Unidad y coherencia del Yo. (Coraza caracterial de W.Reich). Así, el carácter es manifestación y fuente de defensa. Este carácter defensivo del carácter lo expresa J.Bergeret "Los síntomas neuróticos se desarrollan a consecuencia de un fracaso de la

represión: la vuelta de lo reprimido; pero los rasgos del carácter deben su existencia al éxito de la represión o, más exactamente, del sistema de defensa, que consigue su fin mediante un esquema duradero de formaciones reactivas y sublimación". El autor se apoya en S.Freud para decir que Identificación superyóica y carácter van muy unidas. Termina añadiendo "hoy en día se considera el carácter entre las propiedades del Yo, Superyó e Ideal del Yo".

1.2.2.4- Carácter y narcisismo.

Nos dice J.L.Rosende(33) "Me atreveré a afirmar, que la caracteropatía aparente constituye la defensa específica contra la amenaza de desestructuración".

Existe una íntima relación entre el Self, la dimensión y economía narcisista del mismo, su función sintética, y el carácter, de manera que la patología del narcisismo, es sinónimo de caracteropatía, para J.L.Rosende "Caracteropatía es un trastorno psicogenético del Self, debido a importantes conflictos adaptativos conscientes e inconscientes que amenazan su cohesión: tiene por finalidad proteger un aspecto inmaduro y narcisista del verdadero Self, brindándole al sujeto una convicción identificatoria estable y una autoestima sufuciente".

Así, la caracteropatía puede aparecer en cualquier estructura de la personalidad, constituyendo una rigidificación que adopta aspectos inmaduros y narcisistas.

Nosotros llamamos caracterosis, a la expresión manifiesta de ese trastorno del narcisismo, que llamamos organización borderline y trastorno ~~del~~ narcisista de la personalidad.

Otros estudios, como Freedman(34), relacionan el carácter con el narcisismo. "Diversos autores han señalado la estrecha relación entre los rasgos de carácter y el desarrollo del Ideal del Yo."

"El desarrollo del Ideal del Yo debe entenderse en el contexto de las vicisitudes del desarrollo del narcisismo".

Es así, que Freedman traza un puente entre carácter y organización límite: "El narcisismo suele ser un elemento predominante en su estructura de carácter, y el sujeto suele dar la imagen de un sujeto plenamente narcisista".

El análisis del Carácter, nos conduce a un punto común con la organización límite de la personalidad, como es el del narcisismo, conformado, incluso, una "coraza narcisista" como "aspecto típico del carácter neurótico". Para W.Reich, el carácter, es "Carácter del Yo", y el momento evolutivo de la formación del carácter, se corresponde con el período anal, que es donde N.Caparrós(35) sitúa el momento de estructuración de las Psicopatías y J.Bergeret al de la organización límite.

Se trata, en W.Reich, de considerar al carácter como un todo, organizado en el período pre-edípico y que sirve como defensa contra la pulsión genital. De esta manera, el carácter tendría un origen pre-edípico, cuya

finalidad sería estabilizar la neurosis infantil.

Para J. Bergeret, la organización límite de la personalidad, se caracteriza por intentar evitar su entrada en la estructura edípica. Por esta razón evolutiva, el Carácter, "rasgo básico de la personalidad", se anuda estrechamente con la organización límite de la personalidad. Así, W. Reich dice "la formación del carácter comienza como una formación definida de solución al complejo de Edipo".

En esta fase evolutiva del sujeto, el Yo es relativamente débil y el carácter realiza una función protectora de coraza. Nos dice W. Reich, "el carácter consiste en una alteración crónica del Yo, a la que podríamos calificar de rigidez". Es por ello que Salvador Mascarell(36) llega a decir: "la descripción del carácter es aproximadamente igual a la descripción del Yo".

Para este autor, "el carácter es una formación del Yo condicionada por las relaciones interpersonales de éste con el Ello, el Superyó y los objetos internos y que se manifiesta, en las relaciones interpersonales con los objetos externos".

"Las psicopatías se estructuran en la fase anal II del desarrollo, lo que quiere decir que es justamente en este momento cuando se culmina lo profundo del carácter, tanto si nos referimos a la vertiente normal como a la patológica".

Ya veremos como N. Caparrós relaciona a las psicopatías, desde la evolución libidinal, con el carácter,

añadiendo que "en la Psicopatía el síntoma es la relación misma".

La línea divisoria que K. Abraham sitúa entre las dos subfases anales, delimitando a las psicosis de las neurosis, es donde J. Bergeret y N. Caparrós sitúan "la frontera entre las estructuras del carácter propiamente dichas y las neurosis". Estas estructuras del carácter, que denomina psicopatías, se caracterizan por un bajo funcionamiento de la represión, debido a la insuficiente integración del Yo y a una falta de formación del Superyó.

Para N. Caparrós, "los elementos que escapan a la represión, son los que proporcionan signos caracteriales. Esta capacidad de reprimir se adquiere en la posición depresiva y en el Edipo temprano". Así, experiencias pregenitales angustiosas, deformantes (y no desestructurantes), a lo largo de las tres posiciones, dará lugar a la formación del carácter.

Los rasgos que N. Caparrós atribuye a la estructura de la Psicopatía son: Escasa tolerancia a la angustia y a la frustración, señalando a un Yo débil, incapaz de articular los impulsos instintivos y su posible realización. Disarmonía entre el mundo interno y el principio de realidad, que distinguen, pero acaban yuxtaponiendo. El caso de las fantasías le impide aprender de la realidad y de la fantasía.

Estas fantasías provienen de la organización del sujeto, con un Superyó premoral, dissociado de los elementos ideales (válidos para el grupo primario) y un superyó

sádico, persecutorio y autodestructor.

El Ello, carece de suficiente distancia frente al Yo, con peligro momentáneo de fusión, el Self no está constituido, por déficit de intervaloraciones y exceso en las identificaciones, sobre todo en el Ideal del Yo.

Dado que ni el síntoma ni la satisfacción de la necesidad calman la angustia, es necesaria la actuación que reactualiza vínculos fundantes.

El autor equipara a las psicopatías con los trastornos de la personalidad de O.Kernberg y reconoce solamente, las estructuras: neurótica, psicopática y psicótica, con subsistemas.

De este modo, la organización borderline de la personalidad (O.Kernberg), el tronco común de los estados límite (J.Bergeret) y las psicopatías (N.Caparrós), son equiparables estructuralmente entre sí, y con las Caracterosis.

1.2.2.5.- Carácter y organización borderline: la personalidad "como si".

El estudio de la personalidad "como si" de H.Deutsch(37), tiene el interés de reflexionar sobre el encuentro entre la noción de personalidad, de carácter, de identidad, en oposición al síndrome sintomático, del mismo modo que el estudio de la Heboidofrenia plantea la paradoja del síndrome, que en parte se

corresponde con el síndrome fundamental de la esquizofrenia y en parte lo contradice.

El trastorno de personalidad "como si", hace referencia doble, sintomática y caracterial, las aúna, recogiendo de un lado las manifestaciones del síndrome psicótico y por otro, la dinámica de las relaciones del carácter, dando un común sentido a ambos aspectos y discutiendo la organización de personalidad o del Sujeto, que sostiene dicha clínica.

Prefiere así darle el nombre de personalidad o carácter, en lugar del término con referencia al síndrome sintomático.

"Las relaciones afectivas del individuo con el mundo exterior y con su Yo parecen empobrecidas o ausentes (...) el trastorno puede ser transitorio y fugaz (...) o puede persistir y constituir un síntoma continuo".

El trastorno suele ser percibido por aquellos que lo rodean, pero cuando es el propio paciente quien lo siente, se denomina, despersonalización.

El término "como si" hace referencia a la falta de autenticidad". La falta de relaciones de objeto, le lleva a la adhesión, apego, imitación, de grupos que proveen de afecto y estructura moral. Esto hace que "El conflicto con el Superyó sea evitado pues en cada gesto y en cada acto, el Yo "como si" se subordina por identificación a los deseos y a las órdenes de una autoridad que nunca ha sido introyectada".

Al fin, concluye H.Deutsch:"Que los trastornos

emocionales descritos en este artículo impliquen una "disposición esquizofrénica" o constituyan síntomas rudimentarios de la esquizofrenia, no me parece claro. Estos pacientes representan variantes en la serie de las personalidades atormentadas. No forman parte de los tipos comúnmente aceptados de la neurosis y están demasiado bien adaptadas a la realidad para ser llamadas psicóticas".

Algunas diferencias, con las neurosis histéricas serían:

- No catectizan al objeto, sino que son sugestionables para establecer una dependencia automática.
- El vacío narcisista, la falta de relación objetal, sustituye a la represión histérica.
- Buscan estimularse afectivamente, mientras que la histeria ya lo está.

RESUMEN DE CARACTER, PERSONALIDAD y BORDERLINE:

La Personalidad "como si".

Trastornos del carácter, es un término, en la nosología psiquiátrica francesa, bastante equivalente al de Trastornos de la personalidad, en la psiquiatría alemana.

Diversos autores marcan las diferencias y semejanzas entre ambos términos, siendo nosotros partidarios de la opinión de J. Bergeret, que concuerda con la de otros autores del psicoanálisis, permitiéndonos reunir el término caracterosis con el concepto de Borderline (H. Sauquet, F. Alexander, Glover, Ferenci).

Se define el Carácter y se analizan los diferentes conceptos empleados en la definición. La forma patológica fundamental del carácter, será la organización límite de la personalidad o Caracterosis.

El Carácter es Signo, que relaciona lo significativo-manifiesto, con lo significativo-latente o profundo, comportamiento relacional y personalidad.

El Carácter es el representante del Self, de su dimensión interpersonal y manifiesta, tanto en la adaptación y ocultamiento, como en la expresividad de su organización.

Tiene una especial función de ayuda a los mecanismos de defensa, para lograr la integridad narcisista del Self.

Participa de una economía pre-edípica y narcisística, como ocurre en la organización límite, que funciona como un todo y cuya organización evolutiva, es semejante, correspondiéndose a la fase anal.

La personalidad "como si", relaciona los trastornos caracteriales y de personalidad, con la organización límite.

CARACTEROSIS: Término NUEVO en oposición distintiva a NEUROSIS Y PSICOSIS

 que permite definir:

El campo de significantes a que hace referencia la organización límite.

El significado descriptivo y el significado estructural

Carácter-personalidad

Significado descriptivo

Significado estructural

Psicosis
 Esquizo

Relaciones entre la patología del Carácter y de la organización límite:

1. La mayor parte de la patología del carácter se incluye dentro de la organización límite, por J. Bergeret.
2. La mayor parte de los trastornos de la personalidad son incluidos por O. Kernberg dentro de la organización límite.
3. Fuera de estos trastornos la organización límite apenas se manifiesta.
4. Se describen con síntomas y síndromes cambiantes y entrecruzados con rasgos caracteriales y relacionales

Relación entre la estructura del carácter y de la organización límite:

- . Sublimación.
- . Formaciones reactivas
- . Integridad narcisista del Self.
- . Economía pre-edípica
- . Analidad.
- . Falso Self.

CARACTEROSIS: Fracaso del carácter como sistema de protección narcisista del Yo, manifestándose la patología del narcisismo en los dos polos de inhibición (el más propiamente caracterial) y de clivajes (de expresión patológica, más sintomática y relacional).

1.3. - JUSTIFICACION DEL TERMINO CARACTEROSIS.

1) Como nos dice Castilla del Pino, la ventaja de utilizar el término Caracterosis, es la de posibilitar su oposición significativa, tanto con el término de Neurosis, como con el de Psicosis.

2) Al ser término nuevo, se puede delimitar con claridad la definición de su Significado. Límite, borderline o fronterizo, son términos que inviatan a la confusión.

El Significado que proponemos, tiene un doble sentido: clínico-descriptivo y otro estructural.

En ambos niveles, clínico-descriptivo y estructural, nos referimos a la organización Borderline de la Personalidad, tal como lo entiende O.Kernberg, que en líneas generales es coincidente con la mayoría de autores que la han estudiado.

3) El término Caracterosis, como significativa, hace especial alusión al Carácter.

4) Dado que la patología del carácter, por antonomasia, es la organización límite de la personalidad, y que su modo de presentación clínica, se muestra en forma caracterial y se manifiesta principalmente, a través de los trastornos de la personalidad, es por lo que el significativo Caracterosis, que alude a carácter, nos parece adecuado.

Ya Castilla del Pino, adelanta que lo que subyace en la caracterosis es la Neurosis de carácter. Con

J. Bergeret, añadiríamos también, a las Psicosis y Perversión de carácter, así como al resto de los Caracteres Narcisistas y Perversiones.

5) Para J. Bergeret, la organización límite de la personalidad, se define, por no oponer de forma clara, como lo hacen las estructuraciones neurótica y psicótica, síntomas y rasgos del carácter, sino que, la organización límite se expresa, en una crisis aguda y a través de la patología del carácter.

6) El carácter forma parte del sistema de defensa del Yo, que especialmente, a través de la sublimación y formaciones reaccionales, que se manifiestan de preferencia en el campo relacional, intenta preservar la integridad narcisista del Self, participando de una economía pre-edípica y de un momento genético dinámico que tiende a situarse en la fase anal.

Todos estos aspectos son de capital importancia para la organización límite de la personalidad.

7) Caracterosis sería un signo, que es expresión manifiesta y clínica de una organización de la personalidad latente. Mejor sería decir, que es el fracaso del signo, el fracaso del carácter, de manera que la organización límite se manifiesta, fundamentalmente, a través de él, estremezclando diversos síntomas y conformando la patología del carácter.

8) Hay una tendencia en la psiquiatría a confundir Caracter y Personalidad, del mismo modo, el trastorno psiquiátrico que mayormente alude a la personalidad, es la

organización límite de la personalidad, bien, podríamos decir, del Carácter, o con el neologismo de Castilla, Caracterosis.

9) Los diferentes autores, incluso de la psiquiatría clásica, en cuanto deslindan a un cuadro nosológico del ámbito de la Psicosis Esquizofrénica, tienden a situarlo en el ámbito de la patología de carácter. Ocurrirá esto, por ejemplo, con la heboidofrenia, que bien podríamos pensar en denominarlos como pertenecientes a la organización de la personalidad o del carácter.

10) Tal como vimos al estudiar los innumerables significantes que, semejantes o diferentes formas y cuadros clínicos, pueden ser agrupados por el significado común de organización límite de la personalidad, en un buen número de cuadros se aludía al término Carácter u otros próximos.

11) En aras de una mayor claridad y ordenación nosológica, el término CHARACTEROSIS, como indicador de una categoría, debería de ir acompañado, por otros términos de categoría lógica menor, como ocurre en las psicosis:

PSICOSIS ESQUIZOFRENICA HEBEFRENICA

De esta manera, el término genérico sería: Caracterosis, luego vendría el término correspondiente al trastorno de la personalidad o carácter y por último el síndrome clínico predominante.

Ejemplo:

Trastorno de personalidad

Síndrome

Hipomaniaca

Paranoide

Narcisista-fóbica

Hipocondríaca
depresiva.

CARACTEROSIS

Antisocial

Perversa.

12) Grupo de Significantes que hacen referencia al Carácter y a la Organización límite.

PSICOSIS Y ESQUIZO.

- Temperamento esquizotímico de Kretschmer.
- Estructura esquizofrénica del Carácter de Minkowski.

- Psicótico introvertivo de C.J. Jung.

- Personalidades psicóticas de H.Ey.

CARACTER Y PERSONALIDAD

- Caracteropatías graves de C. Pelegrín.

- Desorganización del Carácter de E. Rolla.

- Trastorno del Carácter de Hendrick.

- Personalidades "como sí" de H. Deutsch.

- Personalidad esquizoide y falso Self de Winnicott.

- Carácter psicótico de Frosch.

- Desorden del carácter de Giovacchini.

- Psicopatía de J. Frank.

- Personalidades psicopáticas de N. Caparrós.

13) Existen bastantes puntos en común entre la estructura del Carácter y de la organización límite.

1.4. - CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE "ETATS-LIMITES", "BORDERLINE"
"FRONTERIZOS".

1.4.1. - CRITERIOS DESCRIPTIVO-DINAMICOS.

Criterio de O.Kernberg(38)

Análisis descriptivo: Elementos diagnósticos de presunción.

"Ningún síntoma es patognomónico, pero la presencia de dos o en particular de tres síntomas, que enumeraremos, evoca fuertemente la posibilidad de una organización límite de la personalidad subyacente".

1) Angustia: Estos pacientes tienden a mostrar una angustia difusa y flotante.

2) Neurosis polisintomática: Han de presentar, al menos dos (o tres) síntomas de entre los siguientes:

2.1- Fobias múltiples, especialmete concerniendo al cuerpo e interfiriendo en la vida cotidiana.

- Fobias a objetos (sucios, contaminados...) característicos de las neurosis obsesivas.

- Fobias sociales, que implican graves inhibiciones o tendencias paranoides.

2.2- Síntomas obsesivos:

- Tendencia a racionalizar todos sus actos, a justificarlos.

2.3- Conversión múltiple:

- Conversiones complejas, casi constantes y extrañas, durante años.

2.4- Reacciones disociativas:

- Los elementos crepusculares y fugas histéricas.

2.5- Hipocondría:

- Es más una patología del carácter, que una neurosis sintomática.

2.6-Tendencias paranoides e hipocondríacas asociadas.

3) Tendencias sexuales perversas poliformas.

- coinciden varias formas manifiestas.

4) Estructuras prepsicóticas clásicas:

- personalidad paranoide.

- personalidad esquizoide.

- personalidad hipomaniaca.

- personalidad ciclotímica.

5) Personalidades impulsivas y toxicomaniacas.

- Alcoholismo, toxicomanía, bulimia, cleptomanía.

6) Trastornos de la personalidad de escalón inferior.

-Personalidades infantiles, narcisísticas, personalidades "como si" y antisociales.

-Personalidad histérica, obsesiva y depresiva, desorganizados y masoquistas.

- Personalidades depresivas con tendencias masoquistas.

- Personalidades sado-masoquistas.

- Personalidades autodestructora primitiva.

- Personalidad depresiva.

Como vemos, el sistema descriptivo de O.Kernberg, hace hincapié en lossintomas neuróticos, en los perversose

impulsivos-toxicomaníacos, así como en los trastornos de la personalidad.

Coincide, aunque detalla más, con la descripción de C. Pelegrin, citada anteriormente. Observamos, sin embargo, que Kernberg no hace una alusión explícita a la dinámica psicótica. En realidad, este aspecto, que denomina Patología del Yo, como elemento diagnóstico fundamental, va a detallarlo cuando realiza el análisis estructural de la organización borderline de la personalidad.

Antes de entrar en este punto, hemos de describir los diferentes síndromes y trastornos de la personalidad o caracteriales (según terminología de Kernberg o de J. Bergeret), que consideramos y que debemos definir, puesto que forman parte del proceso diagnóstico de nuestro estudio.

En la catalogación y ordenación sintomática, que nosotros hemos realizado para el análisis clínico y dinámico de los pacientes borderline, y más concretamente, para los adolescentes-límite, objeto de nuestra investigación, añadimos un apartado, que es el psicósomático o pseudopsicosomático, puesto que estos pacientes presentan, con mucha frecuencia, síntomas de este registro, aunque la organización de su personalidad, en el sentido de la presencia del pensamiento operativo, con una ausencia importante de actividad imaginaria, no sea lo característico.

Siguiendo criterios descriptivos parecidos, O. Kernberg, va a distinguir, tres apartados principales,

que le servirán para realizar el diagnóstico descriptivo de la organización límite de la personalidad.

Un agrupamiento neurótico, donde han de encontrarse síntomas de neurosis polisintomática y angustia.

Unas conductas perversas, de carácter polimorfo.

Un trastorno de la personalidad, del tipo de las personalidades pre-psicóticas, los impulsivos y toxicomaniacos, los antisociales y otros del escalón inferior y medio, e incluso algunos del escalón superior, pero desorganizados.

Como observamos, aunque a continuación detallaremos más estos aspectos, no se destaca un capítulo para trastornos o enfermedades psicosomáticas, incluyéndose el registro de la actuación o psicopatía, dentro de las personalidades impulsivas y antisociales.

Tampoco habla de la clínica propiamente psicótica, a la que va a hacer alusión, cuando se refiera a los criterios diagnósticos estructurales.

Exponemos detalladamente los criterios diagnósticos de O.Kernberg, puesto que de ellos nos serviremos para elaborar los nuestros.

1.4.2- CRITERIOS DINAMICO-ESTRUCTURALES.

Criterios de Diagnóstico dinámico-estructural, de la Organización borderline de la personalidad.

Para J. Bergeret, la organización límite de la personalidad, se caracterizará por el uso de la FORCLUSION, que no es entendida como negación psicótica, en el sentido que J. Lacan la utiliza para referirse a la exclusión o no inscripción de un significante fundamental, como lo sería el Nombre-del-Padre, "sino que se sitúa muy cerca de la negación del sexo femenino que encontramos en las organizaciones perversas". Para J. Bergeret "la forclusión se dirige a una imagen más paternal, cuya representación simbólica es necesario rechazar".

Cuando O. Kernberg se refiere al mecanismo de la Negación en la organización límite de la personalidad, coincide en su descripción, con J. Bergeret, pues nos habla de una negación de afectos actuales sobre un objeto, que anterior o posteriormente, son reconocidos. Añade además, que el contenido de la negación es también reprimido. Estamos así reconociendo el mecanismo del desmentido, característico de la perversión. Así es como R. Dorey (1989) se refiere a la perversión narcisística.

Para R. Dorey (39), en la perversión narcisista, el cuerpo propio, cumple la función del fetiche, desmintiendo la falta, la castración y evitando una desorganización mayor del sujeto, precisamente por encontrarse "sobre la línea de demarcación entre la angustia y la culpabilidad, entre la relación dual y la relación triangular". J. Lacan y W. Granoff (1986) (40).

Hemos citado a la perversión narcisista, descrita por H. Ellis (1988) y retomada por S. Freud (1914), cuando

trata el problema del narcisismo, porque pone en relación perversión y narcisismo, cuestiones de especial importancia en la organización límite. La primera, la perversión, nos interesa por el mecanismo del Desmentido y el segundo, por representar la economía y dinámica características de la organización límite.

Este parentesco se afianza más, cuando estudiamos, siguiendo a L.M.Solvey(41), la estructura de la personalidad narcisista, en la que nos dice que el Yo Ideal grandioso, es el que ocupa el lugar del fetiche.

De este modo, las conductas y dinámica psicóticas, no responderían a una estructura psicótica, sino que sería una acomodación momentánea de una organización más bien perversa.

Si observamos la explicación que nos da J.S.Grotstein(42), los mecanismos de Escisión, Identificación proyectiva y Represión, intercambian su funcionamiento, en las organizaciones narcisistas. De este modo, la escisión, del tipo del desmentido, se sirve de la represión como de la identificación proyectiva, al no lograr estabilizarse, como habitualmente lo logran: la personalidad narcisista, la perversión del fetichismo o la narcisista. La organización límite recurre entonces a un uso cambiante de estos mecanismos, al no lograr que el Yo Ideal se instaure, desmintiendo la angustia de castración, pero, sobre todo, la angustia de aniquilamiento por desamparo, abandono, desprotección. Se desmentirá así la falta. L.M.Solvey precisa lo siguiente: "la desmentida

(Verleugnung) apunta no solo a la desmentida de la castración materna, sino a algo más específico en estos cuadros: la diferencia entre el Yo Ideal y el Yo Real". La identificación entre el Yo Ideal y el Yo Real, confirman un Self grandioso. "La desmentida mediante un sector del Yo donde se borre la diferencia entre el Yo y el no Yo, entre el sujeto y el objeto, como manera de no sentir".

En este mismo sentido, J.Poch, subraya que en la personalidad narcisista, se niega la separación Self-Objeto, a través de, la negación de: la dependencia, la agresión y la envidia. La identificación proyectiva masiva (de partes buenas y/o malas del Self) y la identificación introyectiva masiva (de parte buenas o del buen objeto).

Cuando este sistema es desequilibrado, nos encontraríamos con la organización límite desorganizada.

A continuación, vamos a exponer los criterios dinámicos que O.Kernberg propone, para realizar el diagnóstico estructural de la organización borderline de la personalidad.

Criterios dinámicos de O.Kernberg para realizar el diagnóstico estructural de la organización borderline.

- Manifestaciones inespecíficas de la debilidad del Yo:
- Falta de tolerancia a la angustia.
- Falta de control pulsional.
- Falta de desarrollo de las vías de sublimación.
- Retorno a los procesos primarios del pensamiento.

- Los procesos cognitivos alterados.
- Mecanismo de defensa.
- División de objetos internos en buenos y malos, con falta de integración, base del clivaje y de la identidad difusa.
- Dificultad para diferenciar imágenes del Selfy del Objeto. Suele ligarse auto-heteroagresividad.
- Clivaje: Proceso activo que mantiene separados, introyecciones e identificaciones de calidades opuestas. Falta de control pulsional.
- Separación entre lo bueno y lo malo.
- A veces se asocia a la represión.
- En general a + Idealización primitiva,
 - + Proyección e Identificación proyectiva.
 - + Negación de afectos actuales sobre un objeto, en relación a otros pasados y opuestos.
 - + Hay una negación cuyo contenido es además reprimido, como en el maniaco el afecto de pérdida.
 - + Omnipotencia y desvaloración.
- Relaciones de Objeto: Falta de síntesis entre partes buenas y malas del objeto.
- Introyecciones e identificaciones.
- Exceso de agresividad primaria o secundaria a las frustraciones.
- Falta de tolerancia a la angustia.
- Falta de conexión entre elementos libidinales y agresivos.

- Dificultad en sentir culpabilidad o solicitud hacia los objetos. Sus reacciones depresivas tienen aspecto de rabia impotente.
- Predominio del Ideal del Yo y de los precursores sádicos y persecutorios-prohibidores del superyó. Superyó personificado y proyectado.
- Contacto superficial, evita la sumisión al objeto Ideal, y la rabia entre la frustración por demandas exigentes no cubiertas.
- Identidad difusa.

Por último, resumiendo y recopilando, los criterios dinámicos para el diagnóstico de la organización borderline, de O.Kernberg y J.Bergeret, proponemos la siguiente tabla de criterios:

Criterios de Diagnóstico estructural de la organización borderline.

TOPICA:

Ideal del Yo predominante y Superyó deficitario.

DINAMICA:

Mecanismos de defensa

Clivaje-Una parte del Yo reconoce la realidad (en especial la exterior) y otra la ignora, porque busca cumplir el deseo narcisista.

- Clivaje de las representaciones del Self	del Objeto
	Omnipotencia
	Desvalorización
	Difícil diferenciación Self
	Objeto
	Idealización
	Depreciación

Procesos primitivos de pensamiento.

- Deformación y debilidad del Yo.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Falta de control pulsional.
- No correcta sublimación.
- Negación de la imagen del Padre, como del sexo femenino (Falo=Pene=Padre).

De afectos actuales, sobre el mismo objeto o representación, en relación a otros pasados y opuestos.

Lo negado puede ser además reprimido, en su contenido. Puede hacerse uso de la identificación proyectiva, de la idealización. También puede ser inhibido o evitado.

ANGUSTIA: - De abandono, Intrusión, con Auto heteroagresividad.

Relación de objeto:

- Dependencia-Dominio Dual.
- Idealización-Depreciación del objeto anaclítico.
- División objetal, en buenos y malos, sin poder sintetizar.

1.4.2.1.- Adolescencia normal.

"Más que en cualquier otra edad de la vida, la mediocre correlación entre una conducta sintomática y una entidad nosográfica precisa, la dificultad para establecer un diagnóstico estructural riguroso, conducen a los autores a una cierta rejerxa en el diagnóstico de

neurosis en la adolescencia. Esta prudencia se refuerza por los estudios catamnésicos: revelan que los síntomas dechos neuróticos graves, se inscriben ulteriormente en el seno de una organización estructural, a menudo próxima de la psicosis, o al menos, más cerca de una caracteropatía grave que de una neurosis franca en el adulto". (D.Marcelli, A.Braconnier).

Para LADAME y BLOS, la neurosis, en tanto que estructura psíquica definitivamente organizada, no puede aparecer, más que al final de la adolescencia.

Dice BLOS(1980): "Afirmo aquí, que la neurosis infantil adquiere la estructura de la neurosis adulta definitiva, unicamente despues de que se haya producido una resolución patológica del complejo de Edipo negativo, en el curso de la adolescencia tardía".

Esta misma cautela, referida al diagnóstico de la neurosis, durante la Adolescencia, ha de mantenerse al realizar el diagnóstico de psicosis, sin precipitarse en identificar al paciente adolescente, como esquizofrénico o maniaco-depresivo, con el consiguiente pronóstico.

Por tanto, todavía más, en la adolescencia, el diagnóstico ha de realizarse con reservas, pues como nos dice A.Freud, muchas de las características de la Adolescencia normal, incluso, pueden asemejarse a cualquier trastorno psicopatológico.

"Así en los pacientes gravemente perturbados, encontramos constantemente preocupaciones de su identidad igual que en el adolescente ordinario".(Giovacchini 1982).

Si el concepto de normalidad psíquica es muy discutible, en la adolescencia, todavía más, la incertidumbre de la frontera, normal-anormal, se acentúa, pues la adolescencia es por naturaleza una interrupción del crecimiento imperturbado, siendo anormal, un mantenimiento del equilibrio estable. Por esto A. Freud nos dice " que el diagnóstico diferencial entre los trastornos adolescentes y la verdadera patología resulta sumamente difícil". La autora aconseja el análisis de los mecanismos de defensa, de la dinámica y estructura de las relaciones objetales y de los impulsos, para asegurar con ello, realizado el análisis descriptivo y sintomático, el diagnóstico.

Por tanto, el proceso diagnóstico, ha de diferenciar al Adolescente límite, del Adolescente normal, así como de otros procesos, más graves, como las psicosis esquizofrénicas, o de otros menos graves.

Marcelli y Braconnier, discuten la oportunidad de hablar de verdaderas neurosis estructuradas durante la Adolescencia.

Se ha dicho de los adultos "límites", que son Adolescentes "retrasados", para señalar que hay puntos comunes entre ambos. Marcelli y Braconnier (1984), muestran algunos de estos puntos comunes:

- a) "Importancia de las necesidades pulsionales, confrontadas a un Yo débil".
- b) "Los mecanismos de idealización y de omnipotencia".
- c) "La crisis de identidad del adolescente y el

estado de incertidumbre sobre la identidad (identidad difusa de E.Erikson) de adultos límites, indican en ambos: una duda sobre los límites del self, una búsqueda identificatoria y el problema del narcisismo".

En la adolescencia normal, como en la organización límite, el cuerpo en su triple dimensión de: esquema corporal, imagen del cuerpo y cuerpo social, tiene una importancia capital.

La presentación y el estudio del Adolescente-límite, como nos dice J.P. MASTERSON (45), no ha de ser diferente, esencialmente, del estudio de la Organización límite, en una edad posterior

Enunciaremos sucintamente, algunas de las características que se destacan en la adolescencia, para caer en la cuenta de que los mecanismos nombrados, nos recuerdan a la dinámica de la organización límite, de ahí que, también desde la reflexión teórica comparada, pueda comprobarse el aserto de C.Cappadoro, de que la adolescencia es un estado límite "fisiológico", como también, cualitativamente, podemos comprobar en el análisis szondiano comparativo, entre Adolescentes Límite y Adolescentes Normales, que estudiamos en el capítulo 6.2

Repasamos entonces algunas de las características y dinámicas de los adolescentes.

El estudio del Adolescente-límite, dice J.F.Masterson, demuestra que la Organización límite tiene un principal momento de eclosión, en la pre-pubertad, cuando se produce la segunda fase de la

separación-individuación.

"Los problemas más importantes a los que se enfrenta el Yo en la Adolescencia, son: a) La reacción a la primacía somática del aparato genital. b) La modificación en la relación a los objetos. c) El descubrimiento de un nuevo objeto de amor. d) La integración de las identificaciones pre-edípicas, de las identificaciones edípicas y de las esperanzas actuales del comportamiento" (Moses LAUFER 1964 (46)).

Algunas de estas características vamos también a glosarlas a partir de otros autores.

Relación de Objeto.

E. Kestemberg 1971(47) señala que en la Adolescencia puede hablarse de relación de objeto fetichista (que no del fetichismo) por cuanto se quiere decir que se deja la posibilidad abierta a estructurarse posteriormente la relación de objeto.

"EL amor, fantasmas, actividad creadora, un diario íntimo... Son formas intermedias entre la relación de objeto y la narcisística". (Brouselle 1980(48)).

Entre narcisística y objetal, la libido catectiza a la Adolescencia, que P. Blos 1967(49) define como el "segundo proceso de separación, individuación". En el mismo sentido se expresa J.F. Masterson en 1982, pero refiriéndose a la Adolescencia límite. En la pre-pubertad, cuando las pulsiones sexuales son más débiles y el Yo es más fuerte, según H. Deustch, es cuando comienza la segunda fase de la separación-individuación, repitiéndose las vivencias y

dinámicas preédipicas, de ahí que aparezcan los trastornos límite en este período. Nuestro estudio szondiano, demuestra la mixtificación, latencia-adolescencia, entre el grupo de adolescentes límite.

P.L.Giovacchini(50), matizando la interpretación de J.F.Masterson, dice que, "El logro en la edificación de un carácter estable, depende directamente del grado de autonomía ya adquirida. Según nuestras orientaciones teóricas, la autonomía depende del grado de resolución feliz de la fase simbiótica. Como sea que las representaciones precoces del Self y el sentimiento de identidad que le corresponden conciernen a modelos infantiles, el niño puede sentir que las fronteras que lo separan de los otros son distintas".

P.Blos, distingue varias fases en la Adolescencia. Por su edad, nuestros pacientes deberían encontrarse en la fase de Consolidación de los intereses del Yo, de la formación del carácter y de la representación del Self, (el autor considera al Self como heredero de la Adolescencia). M.Baranger, llama mala fe, a unas identificaciones simultáneas y contradictorias, con vivencia de inautenticidad.

Sin embargo, observamos que nuestros pacientes tienen más puntos en común, con las primeras etapas de la Adolescencia, que hacen especial referencia a la sexualidad.

En la Preadolescencia, se incrementa la presión pulsional, pero sin nuevo objeto, sin fin. Resurge la

pregenitalidad, manifiesta en el chico y rechazada en la chica, que se lanza a la heterosexualidad. En la adolescencia, "El perverso polimorfo de la sexualidad infantil tiene tendencia a reaparecer: omnipotencia, voracidad, deseo de posesión y sueño de unión absoluta (de fusión), alternan, se combinan, tan intensos en su expresión directa como en su expresión inversa o en las formaciones reactivas que suscitan". (C. y G. Terrier, 1980(51)).

La Primera Adolescencia, registra la primacia genital, pero con deseo incestuoso. Ambigüedad bisexual para la chica y elección narcisista, del amigo ideal, para el chico.

"Chicos y chicas ignoran todavía si serán homosexuales, heterosexuales o simplemente narcisistas". A veces, la masturbación es un modo de desembarazarse de la sexualidad. Para F. Moujan, supone estos primeros periodos, el tiempo de reelaboración del Edipo Temprano.

Narcisismo, Ideal del Yo y Yo Ideal.

En la adolescencia, el narcisismo es necesario para despegarse de sus padres y para dar el paso de buscar un nuevo objeto.

"La inflación narcisística que la caracteriza, concede un lugar central al Ideal del Yo, dándole pasajeramente una dimensión megalomaniaca (...) a la vez que choca con la angustia de castración y de dudas respecto de su autoestima" (D. Marcelli, A. Braconnier(52)).

En la adolescencia se trata de articular la libido objetal y la narcisística, para poder integrar el self (Kohut 1974(53)).

"Predomina la elección de objeto narcisista, clivaje al nivel de la vivencia, pregnancia respecto del problema de la bisexualidad y el peso de los conflictos arcaicos revividos". (E. Kestemberg, 1971).

La masturbación y el donjuanismo frenéticos, señalan la fragilidad del Self. La autodepreciación se sustituye por la masturbación.

La pubertad, como elemento estructurador, en el sentido de R. Spitz, marca la necesidad de elaborar unos Duelos, que para E. Kestemberg, son: Duelo del refugio materno, Duelo por la dependencia de los padres y Duelo por la sexualidad. F. Moujan (1986) sitúa al duelo adolescente en tres áreas: cuerpo (sexualidad polimorfa), mente (confusión en el Self y la identidad) y social (conflictiva de roles).

De este modo, en la Adolescencia se produce una Depresión, que para R. Diatkine, es central y principal en este período. A veces alterna la autodepreciación, con la sobreautoestima. A veces se presenta el síndrome de "Morosidad" (P. Mâle, 1979(54)). Todo pasa como si ~~era~~ morosidad constituyera el negativo de un movimiento, de una búsqueda, de una esperanza delante del miedo ante la excitación o la decepción".

Así se logra inhibir y bloquear, la angustia de pérdida y de intrusión, con repercusiones en la

identificación. Por esos Erikson habla de identidad difusa; "Rupturas, contradicciones, excesos, observados al nivel de las identificaciones, modos y relaciones de objeto".

Se busca negar la dependencia del objeto, desinvistiéndolo. Además de la morosidad, el Pasaje al acto, en forma de transgresión o droga, es un modo de salir del aburrimiento. "Es instructivo examinar la estrecha relación entre las dificultades normales del Adolescente y esta anomalía, que se puede calificar de tendencia antisocial". (D. Marcellí, A. Braconnier, 1984). En el fondo de lo antisocial, está la reivindicación de una injusticia, de una privación que ha de ser, de algún modo respuesta. Esta privación o carencia del medio es denominada, Moratoria, por Erikson.

Las dificultades identificatorias, llevan al adolescente a realizar una elección de objeto de héroe, en oposición a lo familiar. El ídolo representa al sueño de identificarse con la madre fálica, nos dice Grunberger. P. Blos considera que "El ideal del Yo desaloja al Superyó y absorbe la libido narcisista y homosexual".

Se indica, en la Adolescencia, la predominancia narcisista del Ideal del Yo, que sigue la secuencia:

Ideal del Yo ---->fracaso ----->culpa ----->castigo
----->herida narcisista que favorece la
agresividad, acompañada de: rabia, irritación, venganza,
vergüenza, susceptibilidad, además de poder dirigirse al
Self corporal (psicosomática) o al Self
(autodestruyéndose).

La identificación al héroe de un Pseudoideal del Yo, cuando estas identificaciones grandiosas niegan la separación de las figuras parentales. También se realizan identificaciones "como si", para evitar la depresión por la pérdida de los primeros objetos de amor. A. Missenard relaciona la identificación heroica con la inscripción narcisística del padre.

El Ideal del Yo, si hubo fuertes privaciones precoces, no se integra, fijándose el Self al objeto arcaico, es decir, dependiente de un objeto exterior. Esta elección de objeto puede llevar a la droga y representa una elección de objeto narcisista.

En la Adolescencia tiende a sustituirse al Yo Ideal omnipotente de la madre, por el Ideal del Yo de la latencia, desafiando al superyó.

Se articulan el Ideal del Yo y el superyó, para construir la individualidad de los valores, y el Yo Ideal omnipotente se adopta al Yo que asume la realidad.

Mecanismos de defensa.

A. Freud(55) nos señala algunos de los mecanismos de defensa que, el adolescente normal, emplea frente a los vínculos objetales infantiles y que nos recuerdan a los que emplea el adolescente-limite, especialmente al referirnos a la defensa contra los impulsos, donde la autora define dos cuadros clínicos: el adolescente "ascético" y el adolescente "intrasigente". Otras defensas son: Desplazamiento de la libido, inmersión de los afectos,

retiro de la libido hacia la propia persona, regresión.

A. Cardon(56) dice, "La vergüenza puede integrarse en oposición a un ideal ascético y de necesidades sexuales, alimentarias etc., el Ideal que puede estar referido a la omnipotencia magalomaniaca pregenital. Para Alexander, la vergüenza reactiva la agresividad, con fantasmas magalomaniacos de omnipotencia y de depreciación del otro".

Formaciones reactivas (pudor, limpieza) frente a deseos sexuales y violentos. Sublimación e Intelectualización son frecuentes.

La identificación se sustituye por el amor objetal, contribuyendo a la formación del carácter, que ha de ser estable al finalizar la adolescencia.

M. Klein 1932, señala que hay diferencias entre el varón y la mujer adolescente, predominando en el primero, la disociación y la fuga. F. Moujan(57) subraya, en la mujer adolescente, el rasgo de carácter fálico-narcisista. En el varón el rasgo pasivo-compulsivo. Ambos casos introducen al rasgo de carácter como objeto transicional masculino-femenino.

El adolescente tiene dificultades para mantener en equilibrio la interiorización del bueno y mal objeto, con necesidad de destrucción y reparación.

Señala D. Maldavsky(58), que la Desmentida es un mecanismo estructurador del aparato psíquico, en la Adolescencia. Para este autor, lo que se desmiente es: la contingencia del origen (Idealización de la madre) y de la muerte futura (Idealización del padre). Se desmiente la

diferencia de sexos y de generaciones. Se desmiente la pulsión parcial, al no incorporarse al fin genital.

Quedan así nombradas, algunas características de la adolescencia normal, que nos recuerdan a la organización límite.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Donnet J.L. et Green A. "L'enfant de Ça". Ed. Mimit. Paris 1973.
- (2) Bergeret J. "La dépression et les états-limites". Payot. Paris 1984.
- (3) Mack J.E. "Estados límite en Psiquiatria". Toray. Barcelona 1976.
- (4) Paz C. "Estructuras y/o estados fronterizos". Nueva Visión. Buenos Aires 1976.
- (5) Bleuler E. "La demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias".
- (6) Scharbach H. "Les états-limites". Annales Med. Psychologiques 136, nº 1 1978 pp (69-77).
- (7) Saussure F. "Curso de lingüística general" Ed. Alianza. Madrid 1987.
- (8) Allillaire J.F. "Sur les états-limites". Enc. Med. Chirurgycal 395 A-10.
- (9) Ey H. "Tratado de Psiquiatria". Masson. Barcelona 1973.
- (10) Bleuler M. "Tratado de Psiquiatria". Espasa Calpe. Madrid 1971.
- (11) Jaspers K. "Psicopatología general" Ed. Beta. Buenos Aires 1977.
- (12) Leonhard K. "Manual de Psiquiatria". Moreta. Madrid 1953.
- (13) Castilla del Pino C. "Introducción a la

Psiquiatria". Alianza Universal Madrid 1980.

(14) Rolla E. Discusión del texto citado a continuación de C. Pelegrin.

(15) Pelegrin C. "Ensayo sobre la organización borderline". Rev. de psicoanálisis TXLV, nº 4 1988 pp (767-804).

(16) Carraz T. "Aux frontières de l'Esquizophrenie: l'Heboidophrenie". L'Encephale LVII^o Année, nº 2 1969 pp (98-111).

(17) Chazaud J. "Vues sur L'Heboidophrenie" L'Encephale LIII, nº 6 1964 pp (671-685).

(18) Maleval J.C. "locuras histéricas y psicosis dissociativas". Paidós. Buenos Aires 1987.

(19) Baldiz Foz "¿Un neurótico que delira?". El Analicón. Paraiso, nº 4. Barcelona 1987.

(20) Vaccarezza L. "¿Usted no es un padre!". Apertura nº 1 1986 pp (130-139).

(21) Castilla del Pino. "Teoria de la lucinación" Alianza Universal. Madrid 1894.

(22) Paz C. "Estructuras y/o estados fronterizos". N. visión. Buenos Aires 1976 Tomo II (p.139).

(23) Jaspers K. "Psicopatología general". Ed. Beta. Buenos Aires 1977 p. 495.

(24) Bosch G. "Apropos del tronbles caracteriels" L'Encephale LIII Année, nº 1 1964 pp (62-96).

(25) Vallejo A. "Tratado de Psiquiatria". Salvat. Barcelona 1944.

- (26) Caparros N. "La construcción de la personalidad" Ed. Fundamentos. Madrid 1981.
- (27) Laplanche J. Pontalis J.B. "Diccionario de Psicoanálisis". Labor. Barcelona 1971.
- (28) Nicholaidis N. "La Représentation" Dunod. Paris 1984.
- (29) Freedman A.F., Kaplan H.I. "Tratado de Psiquiatria" Salvat. Barcelona 1982.
- (30) Bergeret J. "Caracter et pathologie" Eneg. Med. Chy. 37320A.
- (31) Ey H. op. cit.
- (32) Reich W. "Análisis del Carácter" Paidós. Buenos Aires. 1965.
- (33) Lopez Rosende, J.M. "Síntomas y correteropatías". Revistade Psicoanálisis T.XLV, nº4, julio-agosto 1988. pp (837-857).
- (34) Freedman op.cit. 24.
- (35) Caparros N. "La construcción de la personalidad. Las psicopatías". Ed. Fundamentos. Mdríd 1980.
- (36) Mascarell S. "Aproximación a la histeria" Ed. Mayoria. Madrid 1980.
- (37) Deutsch H. "La psychanalyse des néuroses et autres essais". Payot. Paris 1970.
- (38) Kernberg O. "Les troubles limites de la personnalité". Ed. Privat. Toulouse 1979.
- (40) Lacan J., Granoff W. "Le fetiche: le symbolique, l'imaginaire et le reel". L'objet en

psychanalyse. Dendël. Paris 1986.

(41) Solvey L.M. "Acerca de la estructura defensiva en pacientes narcisistas". Revista de Psicoanálisis T.XLVI, nº 1 1989 pp (37-61).

(42) Grotstein J.S. "Identificación Proyectiva y escisión". Gedisa, México 1983.

(43) Poch J. "Estudi de la psicopatologia narcisista femenina en l'obre de Mercé Rodoreda". Tese Doctoral. Barcelona 1983.

(44) Grinberg L. y Rodriguez Perez J.F. "Actuacions d'un pacient fronterer (reflexions quant al acting-out)". Rev.Catalana de Psicoanálisis, vol.1 nº 1 primavera 1989 pp (79-96).

(45) Magterson J.F. "L'adolescent borderline". In, Psychiatrie de l'adolescent. S.C.Feinstein et al. P.V.F. Paris 1982.

(46) Laufer M. "L'idéal du moi et le pseudo-idéal du moi à l'adolescence". Rev. franç.de psychanal. 3-4, 1980 (591-616).

(47) Kestemberg E. "Les psychothérapies des adolescentes" Confrontations psychiatriques, nº 7 1971 pp (181-197).

(48) Brouselle A. et al. "Revue de quelques travaux psychanalytiques sur l'adolescence". Rev.Franç.Psychanal. 3-4, 1980 (445-480).

(49) Blos P. "The second individuation process of adolescence, in the psychoanalytic study of the child". XXII, 1967, pp (182-186).

"The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of adolescents". Int.J.Psychoanal. 1980, 61, 145-151.

(50) Giovacchini P.L. "Le processus de l'adolescence et la formation du caractère". In Psychiatrie de l'adolescente. S.C. Feinstein et al. P.V.F. Paris 1982.

(51) Terrier C. y G. "L'adolescence: un processus". Rev.Franç.Psychanal. 3-4 1980.

(52) Marcelli D. Braconnier A. "Psychopathologie de l'adolescent". Masson. Paris 1984.

(53) Kohut H.. "Réflexions sur le narcissisme et la rage narcissique". tr.fr., in Rev.Franç.Psychanal. 1978 vol 42 nº4

(54) Mâle P. "Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence". in, confrontations psychiatriques, nº7 pp(103-124).

(55) Freud A. "Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente". Paidós. Barcelona 1980.

(56) Cardon A. "Sentiment de la honte et passage a l'acte". Neuropsychiatrie de l'enfance, 1988 36(5-6) pp(179-184).

(57) Fernández Moujan O. "Abordaje teórico y clínico del Adolescente". Nueva visión. Buenos Aires 1986.

(58) Maldavsky D. "Transformaciones representacionales constituyentes del aparato psíquico en la adolescencia". in, Adolescencia: de la metapsicología a la clínica. S.E.Quiroga (comp.) Amorrortu. Buenos Aires 1984.

1.4.3.-CRITERIOS DIAGNOSTICOS DESCRPTIVO DINAMICOS EMPLEADOS EN NUESTRO ESTUDIO BORDERLINE, LIMITE, FRONTERIZO: Criterios diagnósticos.

Estos términos de borderline, límite o fronteriza, son usados mayoritariamente por autores psicoanalíticos, que defienden una organización de la personalidad con características propias y singulares.

Es ahora nuestro interés, recapitular las concepciones de algunos autores, sobre la organización borderline de la personalidad, pues serán, para nosotros, los CRITERIOS DIAGNOSTICOS, que hemos de utilizar para la selección de pacientes que componen nuestra muestra de estudio.

El proceso diagnóstico de organización límite de la personalidad, atenderá, en un primer momento, a la dimensión descriptiva, a los Síntomas y Síndromes. Es así que nos decidimos para el estudio Sintomático, por los criterios de O.Kernberg(1), por otra parte, coincidentes con los de otros autores, como J.Bergeret(2), o C.Paz(3), o incluso N.Caparrós(4), cuando habla de las Psicopatías.

Adelantamos, que los criterios diagnósticos de la organización borderline de la personalidad, fundamentalmente, aunque no exclusivamente, serían extraídos de la obra de O.Kernberg.

1) En primer lugar, hemos de realizar el análisis descriptivo y sintomático, en el que incluimos, lo

Caracterial, precisamente por ser ambos, manifestación de la organización de la personalidad borderline, siguiendo a J. Bergeret, de forma poco diferenciada, al contrario, según el autor, que en las estructuras de personalidad (neurótica o psicótica).

2) En segundo lugar, una vez ordenados los síntomas y rasgos caracteriales, podremos definir, tanto los síndromes más agudos, como los Trastornos caracteriales o de personalidad.

3) En tercer lugar, mostraremos los criterios estructurales y dinámicos, con que O. Kernberg define la organización borderline de la personalidad.

Para organizar el sistema que ordene y catalogue los síntomas y rasgos de carácter, vamos a referirnos a un trabajo de C. Pelegrín, en el que introduciremos alguna matización.

Luego definiremos cuatro síndromes agudos, que nuestra experiencia clínica, nos señala como frecuentes, y también, detallaremos las características de cada uno de los trastornos de personalidad que utilizaremos, sin intención de que, ni unos ni otros conformen un número, de síndromes y caracteropatías cerrado.

Como hemos dicho, los criterios estructurales y dinámicos, sobre la organización borderline de la personalidad, serán extraídos de O. Kernberg, con algunos matices que dan J. Bergeret y de L. M. Solvey.

Así, al final, tendremos:

Síntomas y rasgos:

- Neurótico.
- Caracterial.
- Psicopático y perverso.
- Psicótico.
- Psicossomático

Síndromes:

- Polineurótico y angustia.
- Psicopático-actuador.
- Psicótico en bouffée.
- Psicossomático-depresivo.

Trastornos de carácter y personalidad, que

detallaremos a continuación de explicar cada uno de los Síndromes reseñados.

Criterios diagnósticos de la organización Borderline de la Personalidad que justifican nuestro sistema de catalogación sintomática.

C. Pelegrín, en su revisión bibliográfica, desde el psicoanálisis, coincide con los apartados que nosotros hemos trazado, a través del análisis de los términos empleados para designar al grupo de pacientes: borderline, límite o fronterizos.

Así nos dice, que en la escuela inglesa, por influencia de Bion y Rosenfeld, se describe como "Psicosis borderline", caracterizada por una escisión del Yo, que Bion llamó "cesura", que separa una parte neurótica de otra psicótica de la personalidad. En esta misma línea se

inscriben autores argentinos, como C.Paz y Benito López.

Por tanto, un primer grupo, pone atención sobre la dimensión de la psicosis.

"En la escuela norteamericana, autores como Grinker, Kernberg y Searles, los consideran graves CARACTEROPATIAS, con fijaciones en defensas primitivas, siendo esencial la escisión del Self". E.Rolla(6) es también partidario de esta consideración caracteropática.

También aquí, nos encontramos con el segundo grupo, de carácter, self, Personalidad.

C.Pelegrin, conserva el término de organización Borderline, y lo califica de organización del self, metapsicológicamente del mismo nivel, por tanto singular y diferenciada, que los anteriormente citados.

C.Pelegrin, acepta el trabajo de R.Grinker(7), B.Werble y R.Drye, para considerar que los cuatro grupos que ellos distinguen, dentro del síndrome borderline, "como cuatro partes, cada una de las cuales tiene un sistema vincular, una organización sexual, mecanismos de defensa y sistemas de identificaciones distintos". Así, lo único permanente, en los pacientes borderline, son las soluciones transitorias.

Lo que nos interesa del ensayo de C.Pelegin, es que le conduce a una concepción del paciente borderline, dividido en sectores, por líneas de fractura y fisura. Los sectores son:

1) Sector pseudocaracteropático: Hacen

paranoides, histéricos, maníacos, obsesivos... pero

predomina el estrañamiento, despersonalización e identificación mimética. C. Pelegín cita, como paradigma, el trabajo de H. Deutsch sobre la personalidad "como si".

2) Sector pseudopsicopático: Se corresponde con el grupo central de Grinker (impulsivo, excéntrico, inestable), con tendencia a actuar los deseos de los demás por una fuerte dependencia a la persona y a veces adicionales.

3) Sector pseudoneurótico: Sintomatología polineurótica, pero con represión insuficiente, apareciendo conductas perverso-poliformas, como en el apartado anterior, a pesar de intentar una inhibición sexual.

4) Sector pseudopsicótico: Se mantiene latente en periodos pseudocaracteropáticos. Episodios psicóticos pasajeros, de tipo confusional, paranoide maniaca o melancólica. La organización sexual, es oral-anal-sádica.

Cada una de estas partes tiene una función dinámica que la relaciona con las demás.

Fase de encapsulamiento: El paciente se siente encerrado, estrecho en su papel, es el periodo caracteropático "como si".

Fase de alianza o pacto: El borderline convierte al miembro del pacto en su Ideal del Yo, lanzándose impulsivamente a vivir esa vida prestada. Es el sector actuador o psicopático.

Fase de dispersión: No logrando introyectar esta vida prestada, el sector pseudoneurótico, no tolera la

impulsividad, la fusión simbiótica no la sexualidad poliforma. El sector pseudopsicótico activa las defensas frente el objeto simbiótico.

Fase de derrumbe: Desorganización de todos los sectores, predominando el fragmento psicótico, con la negación, clivaje e identificación proyectiva.

Los síndromes clínicos de cuadro de estado agudo, pueden ser muy variados, pero destacaremos algunos, tanto por su frecuencia de presentación, como por la confusión a la que inducen, puesto que suelen diagnosticarse de: Psicosis, Neurosis, enfermedad psicosomática o Psicopatía y perversión.

En nuestra opinión, distinguiamos, siguiendo esta concepción nosológica, las cuatro formas más frecuentes de presentación del cuadro de estado agudo, mientras que para J. Bergeret, habría una sola forma: la crisis de angustia aguda, impropriamente denominada "neurosis de angustia", que sería el denominador común previo a otras formas de presentación del trastorno límite u organización límite de la personalidad; "es un estado paroxístico y transitorio a la vez prepsicótico, preneurótico y prepsicosomático". (J. Bergeret).

Desde nuestro punto de vista, este cuadro de angustia aguda, sería la expresión de lo que N. Caparrós denomina, el núcleo confusional, pero que inmediatamente tiende a conformar un síndrome, según aparezcan unos u otros mecanismos de defensa.

Los síndromes clínicos más representativos sobre

los que han de realizarse un diagnóstico diferencial son:

- 1- Neurosis polisintomática.
- 2- Bouffée delirante.
- 3- Crisis impulsivo-actuadora.
- 4- Manifestaciones psicósomáticas.

"Neurosis polisintomática":

Una buena parte de los casos presentan un síndrome, que siguiendo a Kernberg, definiríamos como "Neurosis polisintomática". La angustia difusa toma formas de síntomas de aspecto neurótico. En nuestro estudio de casos clínicos que a la vez han sido sometidos al test de Szondi, reconocemos con frecuencia la asociación de "tendencias paranoides e hipocondríacas", que el mismo Kernberg reconoce como altamente probable de organización límite de la personalidad.

Por nuestra parte, los síntomas de aspecto neurótico que solemos encontrar y que nuestra muestra recojemos, se corresponde con una forma que prácticamente siempre hace referencia al cuerpo o al menos de manera predominante.

Los síntomas hipocondríacos son prevalentes y es sabido que éstos, suelen considerarse como una patología del carácter. Otras veces, estos síntomas hipocondríacos o contenidos hipocondríacos, son tratados de manera obsesiva, por ejemplo elaborando consideraciones "razonables" sobre la limpieza. Síntomas fóbicos que se refieren al cuerpo, como vergüenza: A ser mirados, a hablar en público, a ruborizarse,....

Sintomas histérico-disociativos, del tipo de los "estados crepusculares", síntomas conversivos, en general de carácter sensorial, pseudoalucinatorio.

Estos síntomas "neuróticos", suelen acompañarse de referencia corporal, de un síndrome depresivo-ansioso y de despersonalización.

El índice de "neurosis" polisintomática, es la consideración de que al menos aparezcan síntomas de las categorías neuróticas, lo que nos da pié para iniciar una exploración complementaria guiada hacia el diagnóstico de estado-límite.

Si un buen número de nuestros casos destacan por la presentación de neurosis polisintomáticas, algunos casos que tenemos, han presentado un cuadro agudo de máxima descompensación, compatible con el diagnóstico de "Bouffée delirante".

"Bouffée delirante".

Tiene gran interés revisar esta entidad precisamente por la frecuencia con que aparece en nuestros casos y por la facilidad con que induce al clínico a establecer el diagnóstico de Psicosis esquizofrénica. "La posición nosográfica de estos episodios delirantes ha sido muy discutida" (H.Ey)(8), de ahí, que se hubieran asimilado a los esquizofrénicos agudos de Bleuler(9), a las crisis maniaco-depresivas atípicas de Bumke o a las psicosis confuso-oníricas de Régis. Estas entidades, como la de los estados crepusculares episódicos de Kleist(10) u oníroides de Mayer-Gross, nos parecen de interés. Guiraud los ha

denominado "delirios de persecución curables".

Las características de la Bouffée delirante son:

El carácter poliformo del delirio. Las creencias delirantes, por intensas que sean, son también variables y oscilantes. El sujeto se encuentra fascinado por lo imaginario, a modo de una especie de hipnosis donde la conciencia parece "como dividida entre el polo predominante del delirio y el de la realidad, de donde deriva el doble carácter artificial y alucinatorio de las vivencias" (H.Ey). La alternancia del humor entre la excitación y la inhibición es característica, de ahí que algún autor lo relacione con los estados maniaco-depresivos. El insomnio. La aparición del síndrome se produce en el tiempo que precede al sueño o al despertar.

El acceso suele ser de poca duración y, han sido desencadenados, generalmente, por choques emocionales del tipo descrito por Bergeret, es decir, por traumatismo anaclítico, a veces, favorecido por una ingestión de tóxico. El estado oniroide característico, que en la mayoría de casos, no es atribuible a cambios orgánicos, nos permiten subrayar el carácter de la función diacrítica, es decir, la variabilidad entre la emisión de juicios de realidad alterados y la crítica efectuada sobre dicho juicio de realidad falso. Así, la posición del sujeto respecto de su discurso, no es la de la absoluta certeza que caracteriza a las psicosis esquizofrénica o paranóica.

"Crisis impulsivo-actuadora".

Se presenta frecuentemente descompensaciones

agudas que se manifiestan por crisis de descarga psicomotora, preferentemente agresiva, más que sexual. Las crisis de agitación se acompañan de descargas violentas, autoagresivas (intentos de suicidio, automutilaciones...) o heteroagresivas (rotura de objetos, ataques a personas, crisis de cólera...) generalmente asociadas con ideación paranoide reivindicativa o bien alterando un estado depresivo con otro paranoide, por lo que en general la violencia sigue un camino tan pronto alogresivo como autoagresivo, conjuntándose ambos en conductas complejas, tales como, por ejemplo, la provocación y el ataque a sabiendas del castigo.

Otras veces el pasaje al acto, a pesar de mostrar siempre su aspecto violento, está ligado a atropellos sexuales y a otras conductas sexuales perversas. Son frecuentes, pasajes al acto en relación a conductas toxicofílicas repetitivas. También se trata de estados de hiperactividad hipomaniaca o de inhibición subdepresiva.

Descargas violentas de agitación confusional de tipo histero-epiléptico. Crisis de pánico y comportamientos de fuga, sin amnesia alguna, pasajes al acto recurrentes de finalidad transgresora. Ataques de cólera frente a situaciones de frustración o duelo.

Como vemos, estos trastornos de los impulsos, bien sean sexuales, agresivos, del contacto, paroxísticos... no conforman una estructura psicopática pura, actuadora absoluta, sino que, en este síndrome como en los otros descritos, se entremezclan aspectos de todos ellos entre

si.

La presencia de cierta culpa y la conservación de lo imaginario distinguen a estas crisis impulsivo-actuadoras de los psicópatas puros.

"Trastorno psicósomático"

También encontramos entre nuestros casos, menos frecuentemente, síndromes psicósomáticos que conforman el cuadro de estado agudo, naturalmente siempre acompañado de otros síndromes, tales como el depresivo, despersonalización... actuados. De todas formas, aquellas enfermedades psicósomáticas no constituyen una estructura psicósomática pura, tal como la describe P. Marty, es decir, como una personalidad de pensamiento operatorio, desprovista de funcionamiento imaginario y sujeta a la depresión esencial. Buscaremos trastornos depresivo-psicósomáticos: identificamos trastornos de la piel, con eczemas de diversas categorías y alteraciones alopecias. Trastornos del aparato digestivo que conforman síndromes anoréxicos, crisis cólico-intestinales. Alteraciones en las cuerdas vocales (voz bitonal) y de respiración (asma bronquial). Jaquecas, fiebres idiopáticas recurrentes y alteraciones ginecológicas.

A continuación vamos a situar los trastornos límites de la personalidad, siguiendo los criterios de O. Kernberg, en cuanto a la denominación de cada uno de los trastornos de la personalidad y su descripción.

Además los ordenamos por su gravedad genérica, para que luego sea reexaminada, en el caso concreto, con el

análisis de desorganización de la personalidad, que atenderá a los síndromes agudos y a su frecuencia de prestación.

Grupo 1: personalidades prepsicóticas.

Grupo 2 y 3: trastornos de personalidad del escalón inferior.

Grupo 4: trastornos de personalidad del escalón medio.

Grupo 5: trastornos de personalidad del escalón superior.

Criterios de los trastornos de carácter y de personalidad

La personalidad Borderline Esquizoide

- Actitud de aislamiento y futilidad.
- Trastornos del sentimiento de identidad, extrañeza y despersonalización.
- Fantasías omnipotentes y desvalorización de los otros.
- Baja tolerancia a la frustración y envidia fuerte.
- Defensas de: Splitting, identificación proyectiva patológica, con inoculación e intrusión en el objeto, produciendo contra indentificaciones.
- Tendencia marcada de acting-out.

Personalidad hipomaniaca

- Exhuberancia de ideas, lenguaje, acción e incluso sexualidad.
- Encubre una depresión por falta narcisística.
- En ocasiones se da la alternancia hipomanía-subdepresión.

Personalidad paranoide

- Sospecha y desconfía de la gente, con expectativa de daño. Evita las críticas y buscar confirmar sus ideas.

- Hipersensibilidad. Tendencia a sentirse ofendido y contraatacar.
Incapacidad para reflejarse.

- Afectos restringidos. Apariencia fría y objetiva. Sin humor ni afectos tiernos.

La personalidad "como si"

- Presentación de un síndrome sintomático, de tipo psicótico, y de un trastorno caracterial.

- Manifestación de relaciones afectivas empobrecidas y falta de autenticidad.

- Sentimiento de despersonalización.

- El Yo "como si" se subordina a un superyó exterior no introyectado. Se adhiere y apega, para lograr una identificación adhesiva, como sustituto de la relación de objeto.

Personalidad infantil

- Labilidad emocional difusa y generalizada.

- Dependencia infantil.

- Dependencia oral y teatralidad "fría".

- Sexualidad poliforma y provocación grosera.

- Alternancia, sumisión-oposición burdas e indistintas al sexo.

- Masoquismo con sadismo y sin culpa.

Personalidad narcisista

- Muchas referencias a sí mismo, concepto hipertrofiado del Self.

- Necesidad de ser amados y alabados.

- Vida afectiva superficial.

- Envidia y desprecio por los demás.

- Relaciones de explotación.

- Su conducta inflativa es una defensa contra la proyección de

una rabia oral.

- Falta de relaciones de objeto verdaderas.

Personalidad psicopático

- Para J. Bergeret, se trata de una perversidad de carácter tal como es descrita en otro lugar.
- Una economía puramente narcisista.
- Predominio de la acción sobre la fantasía.
- Vive con claridad la parte agresiva de su anaclitismo, en lugar de volverla hacia sí mismo o inhibirla, aunque el suicidio es frecuente.
- Labilidad afectiva, rebelión, antisociabilidad, revelan una llamada al objeto anaclítico.
- Sugestibilidad y dependencia, con identificaciones efímeras.
- Sadismo oral, que no le cree conflicto, siempre que pueda satisfacerse con descargas instantáneas.

Personalidad sado-masoquista

- Rasgos sádicos o masoquistas en la relación.
- Se quejan y lamentan, sin permitir que se les ayude.
- Tendencias impulsivas.
- Síndrome depresivo, con tristeza, inhibición, hundimiento no culposo.
- No presenta tendencias perfeccionistas.

Personalidad autodestructiva primitiva

- Descarga pulsional auto-aloagresiva.
- Raptus suicidario tras crisis de rabia y sin ánimo depresivo.
- Comportamiento masoquista perverso-sexual.

Perversión de carácter o perversidad

- Niegan al otro el derecho a poseer su propio narcisismo:

posesivo, intransigente y exclusivo.

- Suele tener comportamientos, homo y heterosexuales, prevaleciendo los primeros.
- Relaciones interpersonales, narcisistas y sado-masoquistas.
- Ausencia de sufrimiento y culpabilidad.
- Predominio de los componentes agresivos sobre los sexuales.
- Tendencia a negar o ignorar las situaciones de desventaja. A decir mentiras, evitando la culpabilidad.

Personalidad Narcisista-Fóbico.

- Comportamiento deficitario e inhibido sobre múltiples áreas del sujeto.
- Inhibición de la ambivalencia dependencia-agresión.
- Posesión narcisista del objeto contrafóbico.
- Emotividad a flor de piel, desencadenándose tempestades emotivas.
- La actitud pasiva se manifiesta en desafíos reaccionales.
- Miedo a tener miedo.
- Comportamientos perfeccionistas.

Personalidad hipocondríaca.

- Preocupación por el estado de salud del cuerpo, o de partes.
- La parte del cuerpo representa un objeto parcial perseguidor que permita un vínculo con el objeto total analítico.
- Angustias de pérdida de objeto.

Personalidad psicasténica.

- Comportamientos depresivos (tristeza, cansancio, inhibición).
- Aspectos compulsivos: los escrúpulos y crisis de conciencia se deben a necesidades perfeccionistas y no a ideas obsesivas.
- Introspección y fantasías de grandes éxitos.

- Hiposexualidad.
- Rigidez moral, necesidad de abstracciones y dificultad de afirmarse.

Personalidad abandónica.

- Dificultad para afirmarse e incapacidad de autovalorarse como objeto de amor.
- Inhibición para lograr el amor de los demás.
- Deseo de inflingir a los demás, las mismas frustraciones de abandono.
- La agresividad latente busca dominar el objeto, poseerlo.

Personalidad depresiva.

- Persisten síntomas del síndrome depresivo, durante largos periodos.
- Pérdida de interés, placer o claramente, ánimo triste.
- Insomnio, pérdida de apetito, inhibición.
- Sentimiento de culpa (no ideas delirantes).

Mayor: si hay culpa, remordimiento y deseo de reparar.

El grado de integración

Menor: rabia, impotencia, y sentimiento de hundirse el Self idealizado.

Intensidad de síntomas y despersonalización.

Personalidad obsesivo.

- Tendencia a los escrúpulos y crisis de conciencia.
- Timidez, inhibición y dificultad para vivir el deseo sexual, pulsión agresiva sustitutoria (sádico - anal) y formaciones reactivas.

- Orden, reglas, economía.
- Duda, aislamiento y pensamiento mágico (por necesidad de anulación). Poco integrada, si: Incremento impulsivo.

Inadaptación social.

Personalidad histérica.

- Labilidad afectiva.
- Hiperempatía.
- Asociación de dependencia y teatralidad.
- Pseudo hipersexualidad e inhibición sexual.
- Competitividad selectiva entre hombre y mujer.
- Rasgos masoquistas.

El estudio del trastorno borderline de la personalidad, tiene dos excepciones, una restringida, que concierne a la descripción que se realiza en el DSM III y, en buena medida, en el grupo II del síndrome borderline de Grinker et al. (1968).

La otra excepción, es amplia, denominándose organización borderline o límite de la personalidad, que además de tener en cuenta la descripción clínica, a través del análisis de los trastornos de la personalidad; incorpora criterios dinámico-estructurales. En este sentido es en el que hablan autores como O. Kernberg y J. Bergeret.

Dentro de las clasificaciones y de los sistemas o criterios clínicos restringidos del concepto de personalidad borderline, tenemos a la escala para borderlines (B.P.D.C.) de Gunderson et al (II), así como al método DSM III. Hay incluso una buena concordancia entre

los criterios de la escala de Grunderson y la de DSM III, como nos demuestra T.H. McGlashan (12) (13) (1986 y 1987), a pesar del solapamiento, que también se ha constatado en el DSM III.

A nosotros no nos interesa esta conceptualización restringida del trastorno borderline.

Podríamos entonces, siguiendo a la búsqueda de criterios clínico-descriptivos, ampliarla noción de organización borderline de la personalidad, aplicándola a todos los trastornos de la personalidad del DSM III, tal como algunos autores aceptan, entre ellos J. Poch y, aunque criticándolos, O. Kernberg; preferiríamos escoger los trastornos de personalidad que describe O. Kernberg y que subcodifica gradativamente.

También hubiéramos podido, siguiendo este criterio clínico ampliado de trastorno borderline, escoger los criterios de Grinker et al. del síndrome borderline, en sus cuatro subtipos de mayor a menor gravedad, o de mayor proximidad a la psicosis, a mayor proximidad a la neurosis.

GRUPO I (Al borde de la psicosis)

Conducta y afectos discordantes y negativistas desde el punto de vista de los otros pacientes y del equipo.

GRUPO II (Síndrome límite central)

Caracterizado por sentimientos y una conducta negativista y caóticos, y una conducta contradictiva y numerosas posibilidades de acting-out.

GRUPO III (la personalidad "como si")

Adaptada, protegida por ausencia de afecto, adaptada en la apariencia superficial, pero deficiente en el nivel afectivo.

GRUPO IV (Al borde de la neurosis)

Con estado de depresión y dependencia infantil.

Podríamos, incluso, hacer un paralelismo entre el DSM III y el síndrome borderline de Grinker et al.

GRUPO I y trastorno esquizotípico de la personalidad.

GRUPO II y trastorno borderline de la personalidad.

GRUPO III y trastorno esquizoide y compulsivo.

GRUPO IV y trastorno dependiente e histérico.

El sistema diagnóstico y la concepción amplia de organización límite de la personalidad, que sigue O. Kernberg, basado en criterios clínico-descriptivo y además, en criterios dinámico estructurales, aporta mayor riqueza al proceso de análisis diagnósticos.

Hubiéramos podido elegir igualmente los criterios de J. Bergeret, que son coincidentes, pero los de O. Kernberg precisan y detallan una subclasificación de mayor a menor proximidad a la neurosis y psicosis.

Nos interesa, sin embargo, de J. Bergeret, su idea de que la organización límite, agrupa a múltiples estados límite, entre los que considera a las perversiones, así como la noción de organización, que da pie a una conexión en el trastorno psicósomático. También subraya que no hay una nítida diferencia entre los trastornos narcisistas, o caracteres narcisistas, y los estados fronterizos, mientras

que autores como H.Kohut la destacan. Así, J.Bergeret, en lo que insiste es en lo que de común hay en la organización límite o "tronco común de los estados-límite".

1.4.3.1- Criterios diagnósticos de adolescentes límite por subgrupos.

A - LA ADOLESCENCIA Y LAS DIFICULTADES DIAGNOSTICAS.

A veces, cuadros clínicos diferentes de la organización borderline, tal como neurosis poco organizadas, crisis de originalidad de la adolescencia o psicosis más graves, con manifestaciones actuadoras, pueden confundir al clínico a la hora de realizar el diagnóstico de organización límite en la adolescencia, puesto que las propias características de la adolescencia, se suman e interfieren con el síndrome clínico de que se trate.

En nuestro caso la larga evolución, de al menos dos o tres años, del trastorno que presentan cada uno de los pacientes, objeto de estudio, aseguran que sino se trata ni de una crisis banal de la adolescencia, ni de una estructuración neurótica específica, ni psicótica, esquizofrénica, paranóica o maniaca-depresiva.

El criterio del curso evolutivo, nos permite realizar, con más tranquilidad, el diagnóstico de organización límite, que ha de sumarse al análisis de los síntomas, así como a la dinámica del trastorno.

Por tanto, si logramos diferenciar al adolescente

límite del adolescente normal, obtendremos elementos muy específicos de la organización borderline.

Si además analizamos el perfil Szondiano, resultante del análisis del grupo de pacientes adolescentes límite, podremos reflexionar sobre la dinámica y características generales de la organización borderline de la personalidad, de modo más específico que en el adulto, siempre que aceptemos que hay una semejanza cualitativa entre la adolescencia normal, y la organización borderline de la personalidad, del mismo modo que C. Cappadoro considera a la adolescencia, como "un estado-límite fisiológico".

B-CRITERIOS PARA LA SELECCION DE PACIENTES EN DOS SUBGRUPOS: Adolescentes límite "neurótico y A.L. "Psicótico".

Se trata de construir dos subgrupos, dentro del grupo muestral de adolescentes-límite "neuróticos" y adolescentes límite "psicóticos", siguiendo la terminología de J. Bergeret, según que la organización de la personalidad se encuentra más próxima a la línea de estructuración neurótica o a la psicótica.

Del mismo modo, siguiendo a O. Kernberg, podríamos hablar de trastornos límite de la personalidad, del escalón: superior, medio o inferior, yendo así, de mayor a menor gravedad o grado de desorganización de la personalidad.

Esta mayor o menor gravedad, o su mayor o menor aproximación a la psicosis, es decir, su mayor o menor

grado de integración, ha de ser medido, tanto por un criterio cualitativo, es decir, por el diagnóstico del tipo de trastorno de la personalidad y del síndrome agudo predominante, como por un criterio cuantitativo, que hará referencia a la frecuencia de presentación del síndrome agudo, como del grado de desorganización del trastorno de la personalidad.

Hemos citado a J. Bergeret y a O. Kernberg, para ver que ambos, refiriéndose a la organización límite de la personalidad, utilizan unos criterios clasificatorios de menor a mayor gravedad, que a su vez consideran más próximos a la neurosis o a la psicosis.

En este sentido, se expresa H. Koht(14), tomando por base, el grado de desintegración del Self. De manera creciente, tendríamos.

1. Neurosis.

- Trastorno narcisista de la conducta.
- Trastorno narcisista de la personalidad.
- Las personalidades esquizoides y paranoides.
- Los estados froterizos.

2. Psicosis.

De esta manera, subrayamos, que estos diferentes autores, coinciden en establecer unas diferencias cualitativas y otras cuantitativas.

En nuestro estudio, hemos de realizar agrupamientos diferentes, dentro del grupo general de adolescentes-límite.

Como decíamos, hemos dividido al grupo, en dos subgrupos, uno de A.L. "P". (próximo a la línea psicótica) y otro de A.L. "N". (próximo a la línea neurótica).

Podríamos haberlos denominado también, si en lugar de usar los términos de J. Bergeret, utilizáramos los de O. Kernberg, pacientes con organización límite de la personalidad, de escalón superior, o de escalón medio-superior, o de escalón medio-inferior.

Siguiendo esta línea de razonamiento, lo mismo podría hacerse con las clasificaciones de otros autores, tal como la de Grinker respecto del síndrome borderline.

En el proceso diagnóstico que nosotros hemos seguido, a partir de la ordenación de síntomas en diversos niveles, que denominamos: neuróticos, caracteriales, psicósomáticos, psicopático-perversos y psicóticos. Y luego a través de la consideración del Trastorno de Personalidad y del Síndrome agudo más frecuente,

que componen, un diagnóstico cualitativo, vamos a ordenar a los diferentes pacientes, respecto de este diagnóstico cuantitativo, que nos permite matizar y afinar el juicio clínico diagnóstico, por cuanto, dentro de un mismo trastorno de personalidad, como lo dice el propio O. Kernberg, se puede distinguir una mayor o menor frecuencia de las alteraciones.

Hecha esta matización, sobre la doble dimensión del diagnóstico, cualitativa y cuantitativa, podremos disponernos a señalar cuales son los trastornos de personalidad y los síndromes de agudización, que hemos

considerado como: A.L. "N", es decir, aquellos cuya organización borderline de la personalidad se considera menos grave, que los clasificados dentro del grupo de A.L. "P".

Trastornos de Personalidad que situamos próximos a la línea Psicótica.

- Esquizoide.
- Paranoide.
- Perversidad y desviaciones sexuales.
- Hipomanía.
- Infantil.
- "como si".
- Narcisista-hipomaniaco.
- Hipocondríaco-depresiva.

Trastornos de Personalidad que situamos próximos a la línea neurótica.

- Histérico-depresiva.
- Histérico-abandónica.
- Psicastenia.
- Obsesivo-depresiva.
- Obsesivo-perversa.
- Abandónica.
- Narcisista-fóbico.
- Depresiva.

Efectivamente, el hecho de realizar uno de estos diagnósticos del trastorno de la personalidad, no sitúa automáticamente al paciente, en un subgrupo o en otro,

puesto que, como hemos dicho, hay que observar la gravedad del síndrome más agudo, así como la frecuencia, intensidad y desorganización de la personalidad.

1- Síndrome psicótico y despersonalización.

2- Síndrome impulsivo-actuador.

- Sexual - Transgresor.

- Agresivo.

- Tóxicos.

3- Síndrome depresivo-psicosomático.

4- Síndrome polineurótico de angustia.

- Pánico agudo.

- Hipocondríaco.

- Inhibición-explosión.

- Depresivo.

- Conversivo.

- Fóbico.

En principio, hemos considerado a los síndromes agudos, 1 y 2, dentro de los que más frecuentemente se dan en los trastornos de personalidad próximos a la línea psicótica, mientras que los 3 y 4, los juzgamos más frecuentes en los trastornos de personalidad más próximos a la línea neurótica.

Por supuesto, puede darse, un trastorno de personalidad, considerado próximo a la línea neurótica, que presenta un síndrome agudo que se juzgue, más frecuente, entre los trastornos próximos a la línea psicótica.

Esto va a ocurrir, en general, en aquellos pacientes cuyo trastorno de personalidad se encuentra prácticamente equidistante de ambas líneas.

En caso de que un paciente se juzgue con un trastorno de personalidad próximo a la línea neurótica y que presente un síndrome agudo, más psicótico, la clasificación clínica de dicho paciente, entre el grupo de A.L. "N" o de A.L. "P", dependerá del criterio cuantitativo, es decir, de la intensidad y frecuencia de los trastornos que nos proporcionarán el grado de desintegración del sujeto.

C-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE: ADOLESCENTES LIMITE "NEUROTICOS, PSICOTICOS Y PSICOPATAS".

Del mismo modo que establecimos los subgrupos de pacientes, más próximos a la neurosis o a la psicosis, buscamos un tercer grupo, que será extraído de entre aquellos dos subgrupos, de Adolescentes límite "Neuróticos" y de Adolescentes límite "Neuróticos" y de Adolescentes límite "Psicóticos", a partir del criterio, de que presentes, con mayor frecuencia, o de manera predominante, el Síndrome Impulsivo-Actuador.

Buscaremos además, que el trastorno de personalidad sea, el de psicopatía, hipomanía-actuadora o Perversidad de carácter (sádico, masoquista, narcisista...).

BIBLIOGRAFIA.

(1) Kernberg O. "Les troubles limites de la personnalité" Privat. Toulouse 1979.

Kernberg O. "Trastornos graves de la personalidad". El Manual Moderno. Mexico 1987.

(2) Bergeret J. "Manual de psicología patológica". Masson. Barcelona 1973.

Bergeret J. "La personalidad normal y patológica". Gedina. Barcelona 1980.

(3) Paz C. y col. "Estructuras y/o estados ronderizos". Nueva Visión. Buenos Aires 1976.

(4) Caparrós N. "La construcción de la personalidad". Ed. Fundamentos. Madrid 1981.

(5) Pelegrin C. "Ensayo sobre la organización borderline". Rev. de Psicoanálisis XLV nº4, 1988 (pp. 767-805)

(6) Rolla E. Discusión, op.cit. 5.

(7) Grinker R. y Drye R. "The borderline syndrome". Basic Books. New York 1968.

(8) Ey H. "Tratado de psiquiatria". Masson. Barcelona 1975.

(9) Bleuler M. "Tratado de psiquiatria". Espasa Calpe. Madrid 1971.

(10) Solé Segarra, Leonhard K. "Manual de psiquiatria". Morata. Madrid 1953.

(11) Gunderson et al. "The diagnostic interview for borderline patients" AM J. Psychiatr. 138, 1981 pp

(896-903).

(12) McGlashan T.H. "Testing DSM III symptom criteria for schizotypal and borderline personality disorders". Arch.Gen.Psychiatry vol.44, feb.1987.

(13) McGlashan T.H. "The chesnut lodge follow-up study". Arch.Gen.Psychiatry vol.43 jan.1986.

(14) Kohut H. "La restauración del si-mismo". Paidos. Barcelona 1980.

2. - EL TEST DE SZONDI.

Presentaré el instrumento testológico de que me he servido para hallar el perfil del Adolescente-límite.

2.1. - COMPOSICION DEL MATERIAL DEL TEST DE SZONDI.

El test de Szondi se compone de 48 fotografías de rostros humanos, distribuidas en seis grupos. Cada fotografía, de las ocho que forman el grupo, presenta un individuo que es enfermo manifiesto respecto a un factor instintivo. Dentro de cada grupo están representados los ocho factores instintivos, cada uno por una fotografía. De este modo, cada factor instintivo viene representado, en el total del test, por seis fotografías.

Tanto la renuncia total a las fotos de algún factor instintivo en cuestión de primera señal, de que el factor instintivo en cuestión desempeña actualmente un papel decisivo en la vida instintiva de la persona examinada.

2.2. - INSTRUCCIONES.

El examinador da al examinado, las siguientes instrucciones: "le voy a mostrar ocho fotografías, mírelas todas detenidamente y deme primeramente la fotografía que le parezca relativamente más simpática, despues aquella que sea para usted la segunda en simpatía".

El paciente debe mirar las fotos simultáneamente, una vez que todas, las ocho fotografías, están sobre la mesa, puestas por nosotros, siempre en el mismo orden. El probando, no debe cavilar mucho, sino que la elección ha de producirse con prontitud y sin meditación.

A continuación, del mismo modo, el probando ha de elegir las dos fotos que le resultan más antipáticas en cada una de las seis series de fotos.

Por este camino, quedan seleccionadas, veinticuatro fotos, doce simpáticas y doce antipáticas, que van, debidamente registradas, a constituir el Perfil del Primer Plano.

Si además, de las veinticuatro fotografías restantes, obtenemos, por el mismo sistema de elección, otros dos grupos de doce fotografías cada uno, simpáticas el primero y antipáticas el segundo, podremos construir el Perfil Complementario Experimental.

Ambos perfiles se complementan y sirven para realizar una interpretación cualitativa.

Nuestro estudio se circunscribe, el Perfil del Primer Plano, puesto que de éste, se obtienen los diferentes índices numéricos, como el: Sintomático, Coeficiente de Tensión de Tendencia, la Fórmula Instintiva, la Proporción de Latencias y la Clase Instintiva. Además, los perfiles de las diferentes enfermedades mentales y de los diversos síndromes, estudiados por L. Szondi, como por otros investigadores se refieren al Primer Plano.

El interés de analizar comparativamente ambos

perfiles, el del Primer Plano y el de Trasfondo, se da en el caso individual, para descubrir dos posibilidades cambiables y complementarias del destino de la persona. Estas posibilidades son múltiples, y para aproximarnos a ellas, han de verificarse, según nos indica L.Szondi, diez pasaciones completas del test, conviniendo que estas diez pasaciones se realicen entre una o dos semanas.

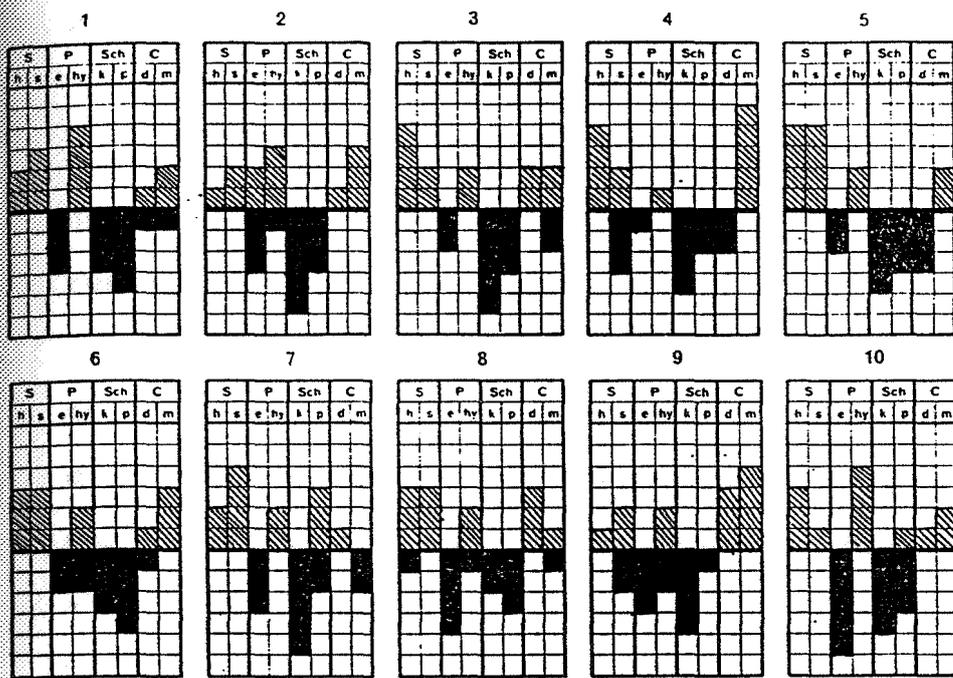
2.3.- CONFECCION DEL PERFIL INSTINTIVO.

Tras las pasaciones correspondientes en las distintas casillas, resumiendo y ordenando estos resultados en el Cuadro de Clasificación de Reacciones, tal como se indica en la gráfica.

Los ocho factores, que se corresponden con ocho fotos de otras tantas enfermedades psíquicas, se reagrupan, de dos en dos, en total de cuatro vectores. Se denomina con S, al vector sexual; con los factores instintivos h: hermafrodita, y s:sádico. El vector P, es el Paroxismal o de sorpresa, con los factores e:epiléptico, y hy:histérico. El vector Sch, o vector del Yo, con el factor K, del catatónico, y el p, del paranóico. El vector C, del Contacto, con los factores m o maniaco y d o depresivo.

Cada una de las fotos fue escogida por L.Szondi, tras un minucioso exámen genealógico de la enfermedad.

I-Perfiles instintivos



II - Cuadro de clasificación de reacciones

Nº	Fecha	S		P		Sch		C		Σ	Σ	Σ
		h	s	e	hy	k	p	d	m			
I	10-II-82	+	+	-	+!	-	-!	0	+	1	0	1
II	12-II-82	0	+	±	+	-!!	-	0	+	2	1	3
III	15-II-82	+!	+	-	+	-!!	-	+	±	0	1	1
IV	16-II-82	+!	±	0	0	-!	-	-	+!!	2	1	3
V	19-II-82	+!	+!	-	+	-!	-	-	+	0	0	0
VI	24-II-82	+	+	-	±	-	-!	0	+	1	1	2
VII	22-II-82	+	+!	-	+	-!!	±	0	-	1	1	2
VIII	24-II-82	+	+	-!	+	-	-	+	0	1	0	1
IX	26-II-82	0	±	-	±	-!	0	+	+!	2	2	4
X	28-II-82	+	0	-!!	+!	-!	-	0	+	2	0	2
	Σ 0	2	1	1	1	0	1	5	1	12		
	Σ ±	0	2	1	2	0	1	0	1		7	
CTT		2	3	2	3	0	2	5	2			19

1- % R. Si: 23'75

2-COC. TENSION TEND(T_{sp}Q) $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = 1'71$

3-FÓRMULA INSTINTIVA:

FACTORES	SINTOMÁTICOS.	d ₅
	SUBMANIFIESTOS o: SUBLATENTES.	S ₃ h ₄ z
	RAÍCES.	h ₂ e ₂ p ₂ m ₂ k ₀

4- PROPORCIÓN de LATENCIAS:

$$\frac{C_m}{3} : \frac{Sch_k}{2} : \frac{S_f}{1} : \frac{P_e}{1}$$

5-CLASE de INSTINTO: C_m

Fig. 1.—Hoja de anotación del Szondi. (Reproducción parcial.)

2.4.- INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

Una vez hemos obtenido el Perfil y los Indices numéricos, hay que ir analizando cada uno de los resultados.

El análisis del Perfil, se realiza básicamente, por el método de J.Schotte. El primero estudia conjuntamente a los vectores del Borde, Contacto y Sexual, con sus factores correspondientes, en posición a los vectores del Medio, Paroxismal y del Yo. De este modo se trata de mostrar la oposición entre la pulsión y la defensa.

El sistema de J.Schotte, propone hacer una lectura vectorial triádica, primero analizando el vector C, luego, conjuntamente, el S y P, y por último en vector Sch.

Como vemos, las posibilidades combinatorias de los diferentes factores y vectores entre sí, como las múltiples reacciones en cada factor, conduce a L.Szondi a la observación de que es prácticamente imposible que haya dos perfiles pulsionales semejantes en dos personas, citándonos un caso de dos gemelos univitelinos.

Múltiples estudios experimentales, condujeron a L.Szondi y a sus discípulos, a la construcción de una interpretación de cada una de las respuestas vectoriales y factoriales.

Tenemos que destacar, la necesidad de un análisis dinámico y conjunto, de los resultados factoriales, vectoriales y totales, de tal manera que cada uno de los

resultados se incluye en el siguiente. La categoría vectorial es la que articula el elemento mínimo, o factorial, con la estructura global del perfil, de ahí que nosotros, fundamentemos nuestro análisis cuantitativo, en el nivel vectorial, que es un nivel de interpretación fiable, tanto en el sistema de Szondi como en el de Schotte, y a partir delcuál, se puede obtener una información cualitativa de los valores factoriales.

Cuando, en nuestra investigación, discutamos los resultados, describiremos el sentido del perfil, a través de cada uno de los valores y de los diferentes índices y fórmulas intuitivas obtenidas.

F.Soto Yarritu, en el prólogo al libro de L.Szondi(1) "Tratado del diagnóstico experimental de los instintos", discute el uso del término instinto, precisamente porque L.Szondi utiliza TRIEB y INSTINKT. Añade que los franceses usan el término Pulsión para traducir TRIEB.

La oposición TRIEB-INSTINKT, se aclara, en las oposiciones: Falta de finalidad-Finalidad, Manifiesto-Latente, Imperfecto-Perfecto.

El propio Soto Yarritu dice que la traducción podría hacerse por el término pulsión, frente a impulso, pero que él lo hará por "instinto", siguiendo a López Ballesteros y porque en español tiene, según él, más sentido.

Realizamos esta aclaración, porque buena parte de las críticas que se hacen a la obra de Szondi, tienen como

objetivo, identificarla con una teoría finalista genética, que concibe al sujeto como mera consecuencia, causal, de una combinatoria instintiva, de manera que se difumina el carácter pulsional que sostiene el aparato psíquico, con capacidad de transformación y elección.

2.5. - PSICOLOGIA DEL DESTINO.

El propio L. Szondi, expresa, los tres principios fundamentales de la psicología del destino.

1) El hombre es puesto en el mundo con un legado de contradicciones de la vida del instinto y del Yo, dependientes de la herencia. Ha de investigar sus posibilidades de existencia y edificar su destino personal.

2) Tanto el instinto como el destino del Yo, son resultado de la cooperación de factores endógenos y exógenos formadores del destino, tales como:

a) Los antepasados siguen viviendo en el inconsciente familiar de la persona, funcional y dinámicamente.

b) El ambiente social puede fomentar o poner trabas a la manifestación de determinadas posibilidades de existencia.

c) El instinto proviene de la herencia y se transforma por los mecanismos inconscientes de defensa.

d) La forma de enfocar la vida, dentro de su época, y las aptitudes intelectuales, también guían al destino.

e) El Yo consciente, con sus formaciones ideales y Superyó, por la libertad de elección, pueden romper las barreras del destino forzado.

f) Bajo condiciones desfavorables, el Yo sucumbe en su debilidad, repitiendo el destino de uno de sus antepasados.

3) El hombre no tiene un destino único, sino varias posibilidades de existencia, que con frecuencia discurren en sentidos opuestos. La finalidad del Test es descubrir esas diferentes posibilidades y desarrollar, en la medida que se conocen, aquellas que sean más positivas para el individuo y la sociedad.

2.6.- DESARROLLOS Y ACTUALIZACION DEL TEST DE SZONDI.

El test de Szondi, a pesar de las polémicas que ha levantado, sobre todo debido a determinados axiomas, como que los factores instintivos sean ocho, no más ni menos, o la fundamentación genético-biológica del mismo, sin embargo, se han extendido por más de veinte países de los cinco continentes, a juzgar por la revisión bibliográfica que realizó Dino Larèse, en 1976, que ocupa 50 páginas, a 6 citas por página. Esto, da idea de la importante extensión de la obra, y sobre todo, del Test de Szondi.

A continuación vamos a destacar algunos grupos o Escuelas relevantes, en el estudio del test de Szondi, así como los problemas y desarrollos que abordan.

Los grupos de referencia principales se

encuentran en los Estados Unidos y, sobre todo, en Europa.

ESTADOS UNIDOS.

El desarrollo del test de Szondi en este país, ha sufrido fluctuaciones, desde su introducción, por Susan Deri, discípula de L.Szondi. Un cierto entusiasmo inicial, desde los años cuarenta hasta los sesenta, hace que el test de Szondi sea incluido por D.Rapaport(2) entre los tests proyectivos y que W.B.Lemmon, lo considere necesario para la formación de psicólogos clínicos en la universidad de Oklahoma.

A partir de los años sesenta, sufre una crítica exhaustiva el test de Szondi, dirigida a los fundamentos y fiabilidad del test.

El interés del desarrollo del test en EEUU, radica en su vertiente empírica y experimental, con vistas a la contrastación de validez del mismo, bien sea por su coherencia intratest, como por su contrastación extratest, que son los dos modos habituales de dar validez a una prueba testológica.

La mayor parte de trabajos que daban, al test de Szondi, una baja fiabilidad, eran aquellos cuyo método se dirigía a investigar la coherencia interna y además no tenía en cuenta al diagnosticador. Por esta razón, el Dr.Paiton(3), construye un análisis del test que tenga en cuenta al diagnosticador, condicionando al juicio clínico del terapeuta, con el juicio del diagnosticador del experto en el test de Szondi.

El primer escollo que presenta el test de Szondi, es la fundamentación genética que le dió su autor y que ha sido radicalmente exagerada por sus detractores, por ejemplo cuando Szondi afirma que las personas que poseen estructuras genéticas similares, gravitan más hacia atrás, a través de un proceso de genotropismo.

Sin embargo, Susan Deri(49), dice que puede dejarse del lado este perjuicio epistemológico, cuando considera: "Independientemente de que se acepte la teoría genética de Szondi o no y se esté o no de acuerdo con él en considerar su test como metodología adecuada para probar o desprobar esta teoría, se ha demostrado empíricamente que el test es una de las técnicas proyectivas más útiles".

Paiton, en su revisión bibliográfica, encuentra diferentes trabajos:

- Unos se refieren a los supuestos genéticos, Robin(1952), donde se discute la hipótesis genética y ambiental, subrayando la segunda, en el proceso de elección de fotografías en el test. Según el autor, el postulado ambiental predominaría sobre el genético.

- Otros estudios confirman y correlacionan las expresiones faciales, las caras y la descripción de las emociones sugeridas (Langfeld(4) 1918, Guilford(6) 1929 y Munn 1940, Arnheim 1936).

Arnheim y Wolff (1943), demuestran que se pueden correlacionar fotos y retratos, con atributos complejos de la personalidad.

Uno de los sistemas de validación que había utilizado Szondi, era la asociación sobre la fotografía de la cara, obteniendo respuestas verbales que eran características de la descripción y dinámica de las diferentes categorías diagnósticas.

Klopper(7) (1950) repite esta prueba con asociación libre y no corrobora los resultados de Szondi.

Webb (1959), considera que ha de realizarse asociación forzada y no libre, que es como la realizó Szondi.

Pruebas intratest, donde se busca la coherencia interna, a través de la asociación de unos probandos, libremente, o a través del diferencial semántico, no dieron resultados concluyentes.

Las investigaciones de validez han sido más eficaces cuando se han realizado análisis extratest.

Odes(8) (1950) pudo demostrar una correlación entre los resultados del test y el estado emocional manifestado por unos probandos, tras serles leídos un relato de horror y otro agradable.

Deri(9) (1950) correlacionó respuestas del Test y tratamiento de E.K.

Ray y Oldroyd(10) (1957), correlacionan el factor y la respuesta galvánica de la piel.

Holt(11) (1950), correlacionó una escala de auto-evolución con los resultados obtenidos por el test de Szondi, con los mismos probandos.

Un trabajo de Hammer y Piotrowski(12) (1953),

demuestra la influencia del carácter agresivo del terapeuta y el juicio interpretativo que realiza sobre el test H-T-P-, a la vez que el resultado se correlaciona con el test de Szondi de dichos terapeutas. La importancia del terapeuta es grande.

Así, Paiton, dice que ha de investigarse cambiando criterios cualitativos y cuantitativos. Comparó el juicio de unos terapeutas y de unos expertos en el test de Szondi sobre unos probandos, correlacionando positivamente.

Así, los sistemas de validación intratest, parecen poco útiles. Mucho más lo son criterios extratest y sobre todo si además se incluye la variable del terapeuta-interpretador.

Esta recopilación que realizamos a través de Paiton, permite mostrar la controversia respecto de la fiabilidad del test de Szondi, sobre todo cuando se dirige a indagar los fundamentos y no tanto su valor de análisis empírico, donde las últimas investigaciones de Paiton son concluyentes en sus resultados, demostrando la correlación significativa entre el juicio clínico elaborado por un grupo de terapeutas y el juicio testológico realizado por un grupo de expertos, respecto de unos mismos probandos.

Los trabajos de EEUU, sobresalen por su interés empírico en la validación del test de Szondi.

EUROPA.

Alain Larome(13), titula su artículo sobre L.Szondi, "Paris, Louvain, Zurich", para referirse a "tres tendencias, tres pertenencias, tres lugares parecen sostener la organización de esta revisión, sin por ello cerrarla o tener la pretensión de dar cuenta completa de las corrientes Szondianas".

Bélgica: Jacques Schotte(14) (15), conoce a Szondi en los años cincuenta y es altamente considerado por su vocación teórica y sistemática, en la psicopatología szondiana. Incorpora una nueva lectura dialéctica, triádica, del test de Szondi, aportando una mayor entrada del pensamiento psicoanalítico.

Fundador de la Escuela de Louvain en la que destacarán autores como J.Melon, que realizará su tesis doctoral, correlacionando conceptos del test de Rorschach y del test de Szondi, y desarrollando una importante investigación clínica. M.Legrand(16) y otros interesantes autores, como J.P.Roussauzz y P.Lekeuche(17)(18), desarrollan su trabajo en relación con "Les archives Szondi".

Francia: Además de esta fecunda escuela de Louvain, de la que nos servimos especialmente en este estudio, también destacamos a la Universidad Paris VII, con C.Van Reeth y N.Icart. Antes que ellos, Favez-Boutonier y P.Fedida ya habían introducido el pensamiento de Szondi, dentro de las teorías de la personalidad.

El propio J.Oury(19), se sirve de la obra de

Szondi para replantearse una reformulación teórica del campo psiquiátrico, junto al pensamiento de J.Lacan.

Hay filósofos, como Ortigues o Maldiney, interesados por el test de Szondi. A Maldiney le sirve para reflexionar sobre el Ritmo, elemento que Tellenbach considera como marca del endón, en las enfermedades del humor.

En Suiza, destacamos el Instituto Szondi de Zurich, aglutinado a través de los archivos y de la Revista Szondiana, de las diversas investigaciones que se realizan en el mundo, sobre los diversos aspectos de la obra y las investigaciones clínicas con el test y la información de los mismos.

En España hay que destacar a Soto Yarritu(20)(21) y el grupo de Pamplona, con S.Cervera(22), que realizan importantes trabajos de investigación. Soto Yarritu es el traductor del alemán de "Tratado del Diagnóstico experimental de los Instintos". de L.Szondi y otros artículos, y S.Cervera ha realizado recientemente un interesante trabajo sobre la anorexia mental.

Además de las investigaciones teóricas de algunos autores, lo principal de estas escuelas europeas, son los cuadros psicopatológicos y la concordancia entre los diversos autores. Es en esta línea de investigación en la que incluimos nuestro estudio.

No vamos a entrar en los múltiples trabajos de investigación dedicados a cada trastorno psíquico, realizados a través del test de Szondi, a pesar de estar

muy interesado por los estudios clínicos.

Daré, sin embargo, algunas pinceladas, recogiendo las opiniones de tres escuelas diferentes, o tres importantes autores, que se plantean el enigma que subyace en el funcionamiento entre el nivel biológico y el nivel psicológico, entre el instinto y la pulsión.

Esto, hace reflexionar a J.Schotte, incluso desde una perspectiva estética, como fuente de conocimiento. "este esquema en octava, Szondi lo descubre con una intuición de genio, y como él mismo dice, sin haberlo escrito, lo vió, literalmente, constituirse en un sueño, a la manera célebre de los descubrimientos y de la creatividad en las ciencias, de Kekulé".

Cada uno de los cuatro vectores tiene dos factores, ligados dialécticamente, del mismo modo que los vectores se ligan entre sí, en proceso sucesivo de armonización de las pulsiones parciales.

Este sistema cuaternario de los cuatro vectores, se repite en el interior de cada vector, entre las cuatro posiciones de los factores. De este modo, J.Schotte, subraya la estructura cuaternaria, que pone en relación con: los cuatro momentos de la pulsión, los cuatro fantasmas originarios, la psicopatología que divide en: Neurosis, Psicosis, Perversión y Psicopatía.

J.Schotte estudia internamente el sistema del Test y propone un modo de lectura del mismo, que permite incorporar más fácilmente algunos conceptos psicoanalíticos.

En este mismo sentido, un discípulo suyo, Zenoni, investigó el vector Sch, poniendo en relación a los factores p y k, con los conceptos de Lacan, de metáfora y metonimia.

En esta misma línea, P.Rostin(23) revisa minuciosamente el test de Szondi y diversos conceptos psicoanalíticos, especialmente de autores kleinianos.

Es así, que una parte de los trabajos teóricos u empíricos, caen sobre el aspecto biológico, genético-hereditario, como algunos que hemos citado al hablar del test de Szondi en los EEUU, y otros subrayan el aspecto pulsional, poniéndolo en relación con los conceptos psicoanalíticos. Ambos desarrollos se van produciendo, precisamente por encontrarse en ese punto articulador.

Así, otro autor de la escuela de Lovaina, M.Legrand(24), también critica la teoría genética de Szondi, aunque aprueba la validez del test en su funcionamiento empírico.

Por tanto, el problema de la validación también se plantea en Francia, cumpliéndola, para autores como J.Delay(25) e incumpliendo los requisitos de validación, para R.Pruschy Bejarano(26).

Para M.Legrand, como lo había sido para Paiton, la validez del Test, ha de comprobarse "con una comparación de datos recogidos por el test con los datos empíricos independientes".

El test de Szondi tiene esa doble vertiente sobre lo biológico y sobre lo psicológico, que hace que los

fundamentos se busquen en la genética y en el psicoanálisis, mientras que empíricamente se demuestra su funcionamiento y validez.

En este sentido, J.Oury(27) nos dice que en el test de Szondi hay una lógica de la privación (real) y una lógica de la castración (simbólica).

J.Oury, relaciona la Elección de las fotos, con el encuentro. En la elección hay algo forzado. J.Lacan considera el encuentro como un concepto fundamental, al nivel de: La Repetición, La Transferencia, El Inconsciente y la Pulsión. El encuentro, es fundamentalmente, encuentro con lo Real. Es "Repetición, Rememoración, Perlaboración", en palabras de S.Freud. El Encuentro o Elección de las fotos, es revivir un clivaje Pre-Reflexivo, que transforma el sistema de Szondi, de una imagen en una cifra. Luego, ese valor factorial, lo elevará a categoría, en el vector.

Este carácter Pre-Reflexivo, es el que hace decir a F.Tosquelles "El test de Szondi no es un test proyectivo, cada fotografía que revela un índice del funcionamiento psíquico pulsional, es como la cara de una madre... su mirada evocando no se sabe qué.

Terminaremos esta aproximación al punto de articulación que revela el test de Szondi, entre lo biológico y la palabra, recogiendo la opinión del grupo de Pamplona.

F.Yarritu y S.Cervera, nos dicen que "cometeríamos un gran error si quisiéramos limitar la

Psicología del Destino a la genética basada en Ciencias Naturales (...) la Psicología del Destino constituye el puente entre la genética y la psicología profunda".

Con ésto, pretendemos señalar, que el análisis dinámico y estructural de la personalidad, que se deriva del test de Szondi, constituye un análisis del destino, Con F.Soto y S.Cervera, destacamos el concepto de Destino: "Destino es el conjunto de todas las posibilidades de existencia heredadas y libremente elegibles".

De aquí se deduce que la Psicología del Destino tiene tres tareas: "la primera es descubrir las posibilidades personales sobre la base de las proporciones individuales de existencia, un pronóstico de existencias peligrosas".

Las razones que me impulsaron a utilizar el test de Szondi en esta investigación, fueron:

1) El test de Szondi permite el análisis estructural, con criterios cuantitativos, a la vez que un análisis dinámico, desde la perspectiva psicoanalítica.

2) Hay un trabajo de J.Melon, sobre pocos casos, donde se suponía un perfil característico del Estado-límite, añadiendo que en el momento actual no existía un estudio ampliado sobre el perfil del estado-límite.

3) La interpretación cualitativa del perfil obtenido y de los índices numéricos, realizada a través de la bibliografía szondiana, podía ponerse en conexión con la teoría psicoanalítica, sobre los estados-límite.

4) Además, la razón personal de conocer esta prueba, ligada a la práctica de la Psicoterapia Institucional y el intento de inscribir este trabajo en el camino de validación del test de Szondi.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Szondi, L.: "Tratado del diagnóstico experimental de los instintos", Ed. Biblioteca Nueva. Madrid 1970.
- (2) Rapaport, D., Gill M. and Schafer, R.: "Diagnostic Psychological Testing", Int. Universites Press. New York 1968.
- (3) Paiton M.B.: "Una validación clínica del test de Szondi". Ed. TEA. Madrid, 1983.
- (4) Deri Susan: "Introduction to the Szondi test". Grune and Stratton. New York 1949.
- (5) Langfled H.S.: "The judgment of emotions from facial expresion". Journal of Abnormal Social Psychology 1918.
- (6) Guilford J.P.: "An expresion in learning to read facial expresion". Journal of Abnormal Social Psychology 1929.
- (7) Klopfer, W.G.: "An investigation of the associative stimulus values of the Szondi pictures". Thesis, University of California. Los Angeles 1950.
- (8) Odes, Z.: "A study of experimentl induced changes un reponse to the Szondi test". Szondi Newsletter 1950.
- (9) Devi, S.: "The Szondi test: it's application in reserach study of depressive patients before and after electricshock treatment". In L.E. Abt and L. Bellak (eds) Projective Psychology. Alfred Knopf, New York 1950.
- (10) Ray T.S., and Oldroyd C.R.: "Skin resistance

changes and individual personality factors as reflected in the Szondi test: a pilot study. Szondi Newsletter 1957.

(11) Holt, R.R.: "An approach to the validation of the Szondi test through a systematic study of unreliability". Journal of Projective Techniques 1950.

(12) Hammer, E.F. and Piotrowski Z.A.: "Hostility as a factor in the clinician's personality as it affects his interpretation of projective drawings (H-T-P). Journal of Projective Techniques 1953.

(13) Larome A.: "Paris-Louvain-Zurich". Psychiatries n° 43-44 1981.

(14) Schotte J.: "Positions personnelles et positions pulsionnelles". Psychiatries, n 43-44 1981.

(15) Schotte J.: "Recherches nouvelles sur les fondements de l'analyse du destin". Louvain 1975-76.

(15a) Schotte J.: "Complémentes historiques et systématiques du côté de l'analyse szondienne". Psychiatries n° 43-44 1981.

(15b) Schotte J.: "A propos du principe de polarité dans le système pulsionnel de l'analyse du destin" Psychiatries, n°43-44 1981.

(16) Legrand M.: "L.Szondi, son test, sa doctrine". Psychologie et Sciences humaines. Ed. Margada 1979.

(17) Lekeuche P.: "Dialectique des pulsions". CABAY Louvain-la Neuve 1982.

(18) Lekeuche P. y otros: "Recherches théorico-cliniques en analyse du destin" CABAY 1984.

(19) Oury S. : "Szondi avec Lacan". Psychiatries n° 43-44 1981.

(20) F.Soto Yarritu, A.Concepción, A.M.Diaz: "Relación entre los índices sexual y social en un grupo de sanos y enfermos psíquicos". Rev.de Psi.Gen. y aplicada. T.XXII n° 88-89 1967.

(21) Soto Yarritu F. y Cervera Enguix: "Estructura y posición de la psicología del destino". Rev.de Psi.Gen. y aplicada, n° 154 1978.

(22) Cervera S., Casanova J. y otros: "Anorexia nerviosa. Análisis fenomenológicos estructural a través del test de Szondi". Roche, Pamplona 1984.

(23) Rostin, P.: Essai sur les rapports theoriques de concepts psychoanalytiques et ceux mis en jeu par la parctique du Szondi". Memoire. Bordeaux 1985.

(24) Legrand M.: "Théorie génétique el validation du test de Szondi". Revue de Psychologie es des Sciences de l'éducation 1971.

(25) Delay J., Pichot P., Deniker P.: "La validité des test de personnalité en psychiatrie, étude sur la validité du test de Szondi". Annales médico-psychologiques. Novembre 1953.

(26) Pruschy-Bejarano, R.: "De la validité du test de Szondi". Annales médico-psychologiques 1953.

(27) Oury, J.: "Analyse du destin en rencontre". Psychiatries n° 43-44 1981.

3. - EL CENTRO JEAN SARRAILH

LUGAR DE EXTRACCION DE LA MUESTRA.

La muestra de 40 adolescentes límite, es extraída, en el año 1985, en el centro Jean Sarrailh, que es un centro de atención médico-psico-pedagógico, para adolescentes, perteneciente a la Fundación de Salud de Estudiantes de Francia.

El Centro está guiado por el modelo de Psicoterapia Institucional, tal como es entendido por F.Tosquelles, J.Oury, P.Bonnafé, Chaurand, Balvet, Daumazon, por no citar más que algunos de los relevantes fundadores.

El director del Centro Jean Sarrilh, C.Cappadoro, discípulo de F.Tosquelles, me permitió trabajar en el Centro y desarrollar el estudio de estos pacientes, tanto desde la clínica, como desde el test de Szondi.

Nos dice F.Tosquelles, que "la Psicoterapia Institucional, escojo, que comienza a caminar apoyado en dos muletas, una es S.Freud y otra K.Marx". Queriéndonos indicar la permanente atención que la praxis asistencial ha de prestar, tanto a la organización instrumental, ligada a lo socio-económico, como a la escucha del sujeto, como sujeto de deseo.

Este modelo de Psicoterapia Institucional nace con la intención de procurar una asistencia, en principio, más humanitaria, que al del Asilo, y dirigida al

tratamiento de las psicosis.

El paso del nivel asilar al institucional, definido éste, como el conjunto de lugares capaces de permitir la libre circulación de la palabra y la escucha, se realiza por la creación del Club Terapéutico, sistema organizativo de la vida cotidiana, que en el Centro JeanSarrailh, viene principalmente representado por el Colegio, que liga a los pacientes adolescentes, al orden social. La inscripción que, por lo general, el adulto realiza a través del trabajo, instrumento, en gran parte, del Club Terapéutico, aquí lo realiza la escuela.

La vida cotidiana incluye este principio de realidad. El otro aspecto, que también suele desempeñar el club, es la organización del tiempo de ocio. Aquí viene dado, por el servicio de animación.

Por fin, tratamientos psicoterápicos específicos, grupales e individuales, van a ser articulados con el conjunto de la Institución, tanto a través de reuniones entre los propios pacientes, como entre los diversos miembros que componen el Colectivo Asistencial, específicamente terapéutico (médicos, psicólogos, enfermos) y los profesores, personal de mantenimiento, asistencia social y servicio de animación, a los que también se incluyen en el sistema terapéutico, dado que la Institución se definirá por sus relaciones entre cada una de sus partes y el todo. Cada uno de los grupos o lugares, tiene una inscripción en el conjunto institucional, en el cuerpo institucional.

Quedaría por destacar, el otro vínculo esencial, como es el del paciente y su familia, dado que su ingreso en el Centro, supone un corte radical, así como una elaboración de la posición del sujeto, respecto de sí mismo y de los miembros de su familia.

Todo el sistema asistencial, serviría, para favorecer que algo del Sujeto aparezca y que lo nuevo y el azar, en lo que J.Oury(1) llama, "programación del azar", pueda ser recogido y articulado, de manera que lo que serían pasajes al acto, en la vida cotidiana, se transformen en acting-out, es decir, en actuaciones del transfert. De este modo, tanto en la vida cotidiana, como en las psicoterapias regladas, se reproducen, se repiten los conflictos, actuados y hablados, cuya elaboración se hace posible gracias a la transferencia.

El predominio de la expresión transferencial actuada, en los pacientes psicóticos y borderline, hacen que toda la Institución tenga que estar en permanente análisis de la misma, para ser capaz de producir efectos de corte, "decisiones" (en el sentido que le da J.Oury) que ayuden al trabajo de elaboración del paciente, del mismo modo que los terapeutas necesitan de un análisis institucional que les permita continuar la área, ya que las frecuentes defensas del clivaje, idealización y proyección, de los pacientes, influyen contratransferencialmente dentro del equipo y entre los diversos equipos entre sí, de manera masiva, pues el trabajo principal, pasa por articular esos diversos lugares, donde el paciente ha inscrito parte de

su discurso.

Según la tesis doctoral de A. Perrier(2), que revisa el estado de los pacientes, 10 años después de su estancia en el Centro, concluye que el 61,6% no mantienen ninguna clase de tratamiento psiquiátrico o psicológico, mientras que el 38,4% si, sin embargo, la mitad de aquellos pacientes que en la actualidad no tienen ningún tratamiento, una vez dejado el Centro, continuaron unos años en tratamiento psicoterápico y psicoanalítico y otros en centros de reeducación profesional u otros centros psicopedagógicos.

Estas pinceladas han de servir para mostrar el marco institucional, su constitución como estructura, conjunto de conjuntos, a través de los cuales se puede conocer y escuchar a los pacientes.

"El aclaramiento del microcosmos institucional por el esquema szondiano, que se aplica, tanto a cada uno de sus miembros, como a la resultante del grupo entero, hace así aparecer un sistema, es decir, un conjunto en el que ningún elemento puede ser modificado sin comportar una modificación de los demás". (C. Cappadoro)(3).

La psicoterapia institucional se ha servido del test de Szondi, como de un espejo en el que se reflejan algunas de sus concepciones. Es por esto, además de su valor intrínseco, por lo que nos servimos de él.

De este modo, C. Cappadoro, nos muestra la relación transferencial y contratransferencial, el destino y la elección del sujeto en la institución, en ese momento inaugural.

"Sobre el gran tablero institucional, el que llega, portador de su destino es llevado por él a reconocer, precozmente, "a los suyos". Desde este instante, comprometido de ser libre, nos ofrece a ver, lo que fuera lo más secreto, y enteramente "primero", de su drama, en el cuál, en adelante, somos también actores."

BIBLIOGRAFIA

(1) Oury, J. : "Le collectif" Ed. du Scarabée. Paris 1986. (2) Perrier, A. : "Devenir des adolescents du Centre Jean Sarrailh" These, Bordeaux 1980.

(3) Cappadoro, C. : "Conferencia dada en la facultad de Medicina de Bordeaux" 1977.

4. - MATERIAL Y METODO.

4.1. - MATERIAL.

El grupo de pacientes elegido para el estudio de la organización borderline de la personalidad en la adolescencia, que compone el material de nuestra investigación, fue extraído en 1985, del Centro Jean Sarrailh, que describimos con anterioridad, y donde trabajé durante un año.

El grupo de pacientes, de edad media 17,5 años, lo componían 40 adolescentes, diagnosticados de organización-límite de la personalidad por criterios diagnósticos aludido, de los cuales 18 son mujeres y 22 son varones. A cada uno de ellos se les pasó el test de Szondi.

Presentaremos en el Anexo, una ficha individual, para cada sujeto, donde figura el resumen de la enfermedad, y otra ficha, en la que se anota, la categorización de síntomas y el resultado diagnóstico, además del resumen de los resultados del test de Szondi para cada individuo.

Tenemos también un grupo control, de 21 estudiantes de bachillerato, cuya edad media es de 17 años, supuestamente sanos de razón de no haber sido visitados en ninguna consulta psiquiátrica, ni haber tomado psicofármacos. De éstos, 11 son mujeres y 10 son varones.

El material del grupo se compone de dos elementos, uno es el resumen de la historia clínica enfocada a la

enfermedad, con el fin de poder establecer un diagnóstico clínico descriptivo-dinámico, y otro es, el resultado del test de Szondi, en cuanto al perfil del primer plano. Este material se da para cada individuo.

En el material de resumen de la enfermedad, procedente de la historia clínica, se puede realizar y así hacemos, el diagnóstico clínico descriptivo-dinámico. No reflejamos, para cada individuo, los análisis y consideraciones que realizamos para cada uno de ellos, durante el tiempo que estuvimos en el Centro Jean Sarrailh, en las reuniones de equipo terapéutico, pedagógico y de animación, con lo que pudimos aproximarnos a la dinámica y estructura del sujeto. Esto hubiera llevado a construir una detallada patobiografía, que, si bien permitió un conocimiento dinámico diagnóstico, no era el objetivo de nuestra tarea, puesto que nosotros queremos demostrar, la correlación entre el diagnóstico clínico, descriptivo-dinámico, y el diagnóstico szondiano, dinámico estructural.

De este modo, el diagnóstico descriptivo-dinámico, tan cercano a una perspectiva clínico-fenomenológica como psicoanalítica, vendrá sostenido y complementado por el diagnóstico dinámico-estructural, psicoanalítico, que aporta el test de Szondi y que habría de ser coincidente con los estudios psicoanalíticos sobre la organización límite.

4.2. - METODO.

Una vez elegidos los pacientes, adolescentes límite, por los criterios diagnósticos clínico-descriptivos y dinámicos, concebida la organización límite en el sentido dado por O.Kernberg y J.Bergeret, se pasa el test de Szondi a cada uno de los pacientes, atendiendo solo a los resultados del Primer Plano, donde extraemos el perfil y los índices numéricos.

Se construye una matriz donde constan todas las posibles reacciones vectoriales y todos los individuos, diferenciados por sexo y diagnóstico (subgrupos, dentro del grupo general de Adolescentes límite) tal como indicamos al expresar los criterios diagnósticos.

Tomamos el conjunto de los datos individuales y los tratamos estadísticamente, con los fines siguientes:

1.- Obtención del perfil global del Adolescente límite. Para ello, ordenamos las variables, de mayor a menor, a través del cálculo de la media y desviación standar.

2.- Comparamos, para buscar las diferencias significativas, la muestra de Adolescentes límite, con otra de Adolescentes normales, a través de un sistema paramétrico como la T de Student.

3.- Hallamos los perfiles diferenciales de los subgrupos de Adolescentes límite, a través de métodos paramétricos (T de Student), como hacen otros autores, y también, por métodos no paramétricos (U de Mann Whitney),

con el que llegamos, en nuestro caso, a idénticos resultados.

Estos tres primeros puntos, reciben un tratamiento estadístico de análisis bivariado.

4.- Realizamos comparaciones cualitativas del perfil del Adolescente límite, con otros perfiles szondianos, de otros trastornos psíquicos, para obtener los criterios de diagnóstico diferencial.

5.- Realizamos un análisis discriminante, para comprobar la capacidad que tiene el test de Szondi para diferenciar los grupos de A.L., que nosotros establecimos clínicamente. Lo que nos proporcionará dos ventajas:

a) Demostrar la coincidencia entre los criterios clínicos y los del Test, establecidos cada uno de ellos por separado.

b) Permitir, ante un nuevo caso, a través del ordenador, clasificarlo en alguno de los subgrupos de Adolescentes límite, tras pasarle el test de Szondi al paciente. En este caso, se trata de un análisis estadístico multivariado.

Para estudiar las variables genéricas, sexo y patología, hemos construido varios subgrupos, dentro del grupo general de adolescentes límite.

Sexo: Nos interesa ver el peso que juega, de los diferentes perfiles psicopatológicos, la variable sexo. Qué diferencias introduce el sexo en el perfil del Adolescente límite.

Así, se comparan, dos subgrupos, cuya diferencia

es el sexo. Luego, se comparan, dentro de los A.L. "neuróticos" y dentro de los A.L. "psicóticos", los varones y las hembras.

Estudiados todos estos subgrupos y comparados, tendremos una perspectiva sobre las diferencias existentes entre hombres y mujeres, dentro de los A.L..

Patología: Quisiéramos obtener el perfil diferencial szondiano, de los siguientes subgrupos patológicos, dentro del grupo genérico.

Estos perfiles se obtendrán, primero, comparando dos subgrupos, el de A.L. "neuróticos" y el de A.L. "psicóticos", en conjunto. Luego, comparando A.L. "N" y A.L. "P", dentro del subgrupo de varones. También, realizando, la misma comparación a través del grupo de mujeres.

Por último dentro de la variable patológica, se realizará otra subdivisión mayor, que consiste en comparar: Adolescentes límite "psicóticos" y extraídos de entre los subgrupos genéricos de A.L. "N" y A.L. "P", los Adolescentes límite "actuadores".

Las comparaciones se realizan dos a dos y además dentro de los subgrupos de varones y hembras.

Ya hemos dicho, que las comparaciones realizadas por el método estadístico de la T de Student, como prueba paramétrica, nos ofrecía resultados semejantes, a pruebas no paramétricas, como la que utilizamos y mostramos, en el estudio detallado de las variables, que hemos denominado: Sexo y Patología.

Utilizamos la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, porque, como nos dice Sidney Siegel, esta prueba puede usarse, cuando no se cumplen satisfactoriamente las condiciones de la prueba T, es decir, en el estudio de los pequeños subgrupos.

1.- La selección de cada uno de los pacientes, diagnosticados de adolescente-límite, dadas las condiciones de la Institución en que fue extraída la muestra, fue seguramente una relación no equiprobable respecto de una muestra poblacional general de lo que en sentido amplio, se considera estado-límite en la adolescencia. Así por ejemplo, apenas hay representación del Trastorno Antisocial de la personalidad.

2.- Es habitual considerar, que estas muestras de pacientes, no siguen estrictamente la distribución normal de las poblaciones, ni tienen la misma varianza que éstas.

3.- Las variables sí que podemos medirlas numéricamente, pero este peso cuantitativo toma su verdadero valor, a través de la interpretación cualitativa del perfil szondiano.

Conforme efectuamos múltiples subgrupos, dentro de la muestra inicial, se acentúan, en el sentido de que se distorsiona de manera creciente, las condiciones generales necesarias, para la aplicación de una prueba paramétrica, como la T de Student.

Por estas razones, hemos utilizado la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para muestras independientes, utilizando el programa SPSSX de los recursos del Centro de

Informática de la Universidad de Barcelona, siguiendo los procedimientos estadísticos de Siegel (1956)(1).

A pesar de estas razones, que nos parecen pertinentes cuando estudiamos los pequeños subgrupos, dentro de la muestra general de Adolescentes límite, también consideramos, que el estudio global de la muestra de A.L., en su conjunto, para compararla con un grupo de A. normales, podemos servirnos de la prueba paramétrica de T de Student, tal como hacen otros autores, como Cervera(2), pues a pesar de ser menos indicada, los cálculos que nosotros realizamos a través de ambas pruebas, paramétrica y no paramétrica, nos conducen a unos resultados similares.

Empleamos también, para diferenciar los subgrupos de Adolescentes-límite, según el subtipo patológico: (A.L. "neurótico"/ A.L. "psicótico") y (A.L. "actuador"/ A.L. "psicótico"/ A.L. "neurótico"), el Análisis estadístico multivariado de las funciones discriminantes Canónicas, que nos dan una perspectiva diferente y global de cada uno de los subgrupos, que además de complementar una visión, más en mosaico, que nos proporciona el Análisis estadístico bivariado U de Mann Whitney, nos sirve para hallar las tablas de Fisher, con las que podemos, ante los resultados Szondianos de un nuevo caso de adolescentes-límite, establecer el diagnóstico diferencial.

Para terminar, habiendo descrito hasta aquí, fundamentalmente, los métodos estadísticos con los que estudiamos desde la hipótesis H2 hasta la H8, haremos mención de que por ese camino pretendemos demostrar también

a la hipótesis H9, es decir, la validez y fiabilidad del Test de Szondi, por cuanto que, dada la construcción clínica de subgrupos de Adolescentes-límite, el análisis estadístico de los resultados szondianos corrobora los criterios clínicos.

Respecto de la hipótesis H1, en referencia al término que proponemos para el grupo de los Estados-límite, las Caracterosis, hemos seguido el siguiente método en la revisión bibliográfica.

Como lo que se trata de buscar es un signo, es decir, una relación fija entre Significante y Significado, recopilamos todos aquellos términos, que de manera consensuada, por los estudiosos de la Organización-límite suelen agruparse bajo la denominación de Estados-límite. Esta, nos permitió formar unos campos significantes y escoger, en cada uno de ellos, alguna denominación que fuera paradigmática de uno de esos campos, haciendo referencia, bien a la psicosis, bien al carácter, para analizar su significado. Los significantes, su denominación, nos daba una primera aproximación al sentido del significado. Luego acercamos una raíz significativa frecuente, al Significado de Organización-límite, para construir el Signo Caracterosis. Nuestro interés radica, ahora, que tiende a haber un consenso respecto del concepto y significado de la organización límite, en incorporar un Signo que compense de la diversidad terminológica, dando cuenta de la mayor estabilidad del significado.

BIBLIOGRAFIA

(1) Sidney Siegel: "Estadística no paramétrica".
Ed. Trillas. Mexico 1979 pp (38-40 y pp (143-155).

(2) Cervera S. y Otros: "Anorexia nerviosa".
Análisis fenomenológico- estructural a través del test de
Szondi". Roche. Pamplona 1984.

5. - RESULTADOS.

5.1.-PERFIL SZONDIANO GENERAL DEL GRUPO DE ADOLESCENTES

LIMITE.

El perfil pulsional, es el resultado, de las reacciones vectoriales más frecuentes, en cada uno de los cuatro factores: S, P, Sch, y C.

Para un sujeto, la reacción vectorial más frecuente en cada valor, se obtiene contando el número de veces que esa reacción se repite, a lo largo de las 10 pasaciones.

Para el grupo completo, el modo de contabilizar sería el mismo. Reuniendo, en cada vector, las dos o tres reacciones principales, tendremos construido el perfil pulsional, que representa la estructura y dinámica de personalidad del sujeto, o del grupo estudiado, es decir, en nuestro caso, del Adolescente límite.

Para deducir el Perfil Pulsional del Adolescente límite, lo primero que hemos hecho, ha sido construir una matriz vectorial cuantitativa, donde se representan los resultados obtenidos, en cada uno de los vectores, sobre todas las posibles respuestas vectoriales. Estos valores cuantitativos, se refieren a la muestra de 40 jóvenes adolescentes límite.

La primera aproximación al Perfil Pulsional del Adolescente Límite, es cualitativa. Buscamos aquellas respuestas vectoriales más frecuentes, Para ello

escogemos, dentro del total de respuestas dadas en cada vector, aquellas que concentran el 60% de dichas respuestas y en una segunda intención ampliamos el número de respuestas vectoriales dadas, hasta cubrir un 70% - 80% del total de respuestas por vector.

Estas respuestas vectoriales están representadas en la Tabla de Resultados Cualitativos.

La cuantificación de estas respuestas vectoriales la expresamos en la Tabla de Resultados Cuantitativos.

La finalidad de las misma será la comparación con otras muestras y la de ordenar, cuantitativamente, la importancia relativa de cada reacción vectorial.

TABLA DE RESULTADOS CUANTITATIVOS.

<u>Vector S</u>	<u>\bar{X}</u>	<u>DS</u>
(- -)	1'3500	2'1903
(+ -)	1'0000	1'7320
(0 +)	0'8250	1'2224
(+ +)	0'7750	1'2142
(0 -)	0'7000	0'7810
(- +)	0'6750	1'2526
(- ±)	0'6750	1'1913
(- 0)	0'6250	1'1976
(+ 0)	0'5750	1'0219

<u>Vector P</u>	<u>\bar{X}</u>	<u>DS</u>
(+ -)	2'8750	2'3472
(0 -)	1'3500	1'2951
(- -)	0'8500	1'0851
(+ -)	0'6750	0'7545
(± 0)	0'6250	0'9404
(0 ±)	0'5250	1'1399

<u>Vector Sch</u>	<u>\bar{X}</u>	<u>DS</u>
(- +)	2'2750	2'4998
(- 0)	1'2500	1'8674
(- -)	1'100	1'5459
(0 +)	0'8000	1'5524
(+ +)	0'7250	1'6581
(± +)	0'6250	1'4263
(+ 0)	0'5250	0'9743
(- ±)	0'3750	0'7310
(± -)	0'3750	0'6590

<u>Vector C</u>	<u>\bar{X}</u>	<u>DS</u>
(- +)	2'8250	2'7284
(0 +)	2'8000	2'3579
(+ +)	0'7750	1'1065
(0 ±)	0'6250	1'1765
(0 0)	0'6000	1'1357
(- -)	0'3000	0'6782

TABLA DE RESULTADOS CUALTITATIVOS.

Vector S

60%	[(- -)	70%
		(+ -)	
		(0 +)	
		(+ +)	
		(0 -)	
		(+ +)	
		(- ±)	
		(- 0)	
		(+ 0)	
]	

Vector P

60%	[(+ -)	70%
		(0 -)	
		(- -)	
		(± -)	
		(± 0)	
		(0 ±)	
]	

Vector Sch

60%	[(- +)	80%
		(- 0)	
		(- -)	
		(0 +)	
		(± +)	
		(± +)	
		(± 0)	
		(- ±)	
		(± -)	
]	

Vector C

60%	[(- +)	80%
		(0 +)	
		(+ +)	
		(0 ±)	
		(0 0)	
		(- -)	
]	

El 60%, 70%, 80%, representan el porcentaje de reacciones vectoriales principales, sobre el total, el 100%, de reacciones vectoriales dadas, en cada uno de los vectores, por el grupo de 40 pacientes diagnosticados de

Adolescentes límite.

Como se puede observar, la tabla de resultados cualitativos, es la misma que la de resultados cuantitativos, pero son los valores numéricos. Se subraya, en porcentajes, la frecuencia de aparición de esas respuestas o reacciones vectoriales, sobre el total, o 100% de las respuestas. La finalidad, es la de construir un perfil principal y otros secundarios, que puedan someterse a la interpretación cualitativa del test de Szondi, tal como se acostumbra en esta clase de investigación del perfil.

La mayor parte de los síndromes y enfermedades mentales estudiadas a través del test de Szondi, suelen representar sus perfiles pulsionales vectoriales, a través de una, dos o a lo más, tres respuestas por vector. Nosotros estaremos expresando solamente, el 60% de las respuestas totales, en cuatro, cinco o seis respuestas vectoriales; seguramente ésto, se debe a que estos estados límite se caracterizan por una presentación sindrómica variada que se refleja en la fórmula pulsional. Analizaremos detalladamente, estos aspectos cuando discutamos los resultados y estudiemos cada uno de los vectores. Adelantamos, sin embargo, el perfil predominante hallado:

S (+ -), P (+ -), SCH (- +), C (- +).

REACCIONES CON HIPERTENSION.

Vector C: El 85% de los casos presentan hipertensión. Más frecuente e intenso en m +!! que en d-!,

que es donde aparece la hipertensión.

Vector Sch: El 70% de los casos presentan hipertensión. Algo más frecuente en K-!, pero más intenso en p+!!.

Vector P: El 70% de los casos presentan hipertensión. Bastante más frecuente e intenso en hy-!!, pero también aparece en e+!.

Vector S: El 65'5% de los casos presentan hipertensión. En S-!, h+!, S+!, S+!, h-!; excepto en K+!.

Vector C: Aquellos individuos que presentan unos valores de hipertensión en el vector C superior a la media, presentan doble frecuencia de hipertensión en Cm+!!, que en Cd-!.

Vector Sch: En aquellos individuos que presentan unos valores de hipertensión en el vector Sch superior a la media, presenta doble frecuencia de hipertensión en Sch K-!, que en Sch p+!!, pero cuando ésta, se presenta en Sch p+!!, la hipertensión tiende a ser mayor.

Vector P: En el vector P, el factor más frecuente e intenso de hipertensión, es el hy-!! a pesar de también ser muy frecuente la forma e+!, sobre todo combinado con hipertensiones en el vector S.

La hipertensión hy-!! se combina más frecuentemente con hipertensión en K-! y m+!, también con d-!.

Vector S: Las formas más frecuentes dentro de los niveles más altos de hipertensión en el vector S,

son: h-!, S-!, h+!, S+!.

Síndromes más frecuentes de hipertensión.

1.- hy-!, k-!, d-!, m+!

2.- h-, e+!, p-!.

Queremos destacar el alto nivel de tensión registrado en los valores correspondientes a los diversos factores y que obtienen, por vectores, los siguientes resultados.

El nivel de tensión máximo, es decir, aquel donde hay un mayor número de respuestas, en un determinado factor pulsional, superior a tres, en sentido positivo o negativo, incluyendo la tensión de la respuesta ambivalente; este nivel de tensión, se da en el vector C, con gran diferencia sobre el vector que le sigue, al Sch. A continuación viene el vector S y por último el vector P.

Respecto del vector C, el 40 % del total de las respuestas dadas en esta muestra, presentan tensión factorial de manera predominante en la forma Cm+! y también en Cd-!.

Respecto del vector Sch, el 24% del total de las respuestas dadas en esta muestra, presentan tensión factorial, de manera predominante en la forma Sch K-! y también en Sch p+!. Respecto del vector S, el 20% del total de las respuestas dadas en esta muestra, presentan tensión factorial, repartiéndose entre las formas h+! y h-!, así como un S+! y S-!.

Por último, el vector P da un porcentaje de respuestas factoriales de tensión, en un 17%, predominando

en P e+1 y en Phy-1.

Para completar las características del perfil general del Adolescente límite, conviene estudiar la hipertensión factorial, señalando el grado y frecuencia con que la hipertensión se presenta y en qué vectores y factores se manifiesta.

- En primer lugar diremos que no hay un solo paciente de la muestra que no presenten algún factor, al menos en una ocasión, la respuesta de hipertensión.

- Otra observación general, es que en el 75% de los casos la hipertensión aparece al menos en dos vectores diferentes. Con la excepción de tres casos, donde la hipertensión afectaba a los vectores y a sendos factores, en la mayoría de los casos de la muestra (de éste 75%), la hipertensión apareció en, al menos, tres factores diferentes.

Estudiando la hipertensión a lo largo de los vectores, los valores medios son:

Vector C = \bar{X} : 3'8
DS:3'8091

Vector Sch = \bar{X} : 2'35
DS:2'5253

Vector S = \bar{X} : 2'05
DS:2'1903

Vector P = \bar{X} : 1'7
DS:1'8466

5.2.- PERFIL SZONDIANO DIFERENCIAL ENTRE ADOLESCENTES-LIMITE Y ADOLESCENTES-NORMALES.

Comparación de Perfiles Szondi entre Adolescentes normales y adolescentes límite.

Las tablas que presentamos a continuación nos permiten deducir el perfil szondiano diferencial entre los adolescentes normales y los adolescentes límite.

Hemos utilizado la prueba estadística T de Student como técnica de análisis comparativo para cada una de las variables, es decir, para las 64 reacciones vectoriales del test de Szondi.

VECTORES	A.N.	A.L.		
Sch	$\bar{X} \pm DS$	$\bar{X} \pm DS$	Nivel de significación	Margen de reacción
- -	0'6730 ± 2'2515	1'1000 ± 1'5459	0'005	A.N.
- 0	2'424 ± 2'1010	1'2500 ± 1'8674	0'005	A.N.
± -	1'6871 ± 2'1224	0'3750 ± 0'6590	0'005	A.N.
0 -	1'0010 ± 1'2715	0'3200 ± 0'6115	0'0025	A.N.
+ -	0'6060 ± 1'0020	0'3200 ± 0'6822	n.s.	A.N.
- +	0'3113 ± 0'8204	2'2750 ± 2'4998	0'005	A.L.
0 +	0'0867 ± 0'1910	0'800 ± 1'5524	0'025	A.L.
+ +	0'0981 ± 0'2110	0'7250 ± 1'6581	0'05	A.L.
± +	0'2113 ± 0'2591	0'6250 ± 1'4263	n.s.	----
± 0	0'000 ± 0'0000	0'5250 ± 0'9743	0'01	A.L.
- ±	0'0000 ± 0'0000	0'3750 ± 0'7310	0'025	A.L.
+ 0	0'0000 ± 0'0000	0'2512 ± 0'5821	0'01	A.L.
<hr/>				
<u>C</u>				
0 +	3'7380 ± 2'5200	2'8000 ± 2'3579	n.s.	----
± +	0'4040 ± 0'7010	0'3371 ± 0'7449	n.s.	----
+ +	1'1000 ± 1'5600	0'7750 ± 1'1065	n.s.	----
+ -	0'2100 ± 0'5430	0'1515 ± 0'6520	n.s.	----
- +	4'2540 ± 2'9500	2'8250 ± 2'7220	0'05	A.N.
0 ±	0'0000 ± 0'0000	0'6250 ± 1'1765	0'005	A.L.
0 0	0'0105 ± 0'0120	0'6000 ± 1'1357	0'005	A.L.
- -	0'0000 ± 0'0000	0'3000 ± 0'6782	0'005	A.L.
- ±	0'0000 ± 0'0000	0'3000 ± 0'5500	0'005	A.L.

VECTORES	A.N.	A.L.		
S	$\bar{X} \pm DS$	$\bar{X} \pm DS$	Nivel de significación	Margen de reacción.
0 +	2'1002 ± 2'1013	0'8250 ± 1'2224	0'025	A.N.
0 -	0'1100 ± 0'2201	0'7000 ± 0'7810	0'025	A.L.
+ 0	0'7010 ± 1'0021	0'5750 ± 1'0219	n.s.	----
+ +	2'5807 ± 2'732	0'7750 ± 1'2142	0'005	A.N.
- +	0'9101 ± 1'7201	0'6750 ± 1'2526	n.s.	----
- -	0'2161 ± 0'8202	1'3500 ± 2'1903	0'025	A.L.
+ -	0'0000 ± 0'0000	1'0000 ± 1'7320	0'025	A.L.
<hr/>				
F				
+ -	3'5918 ± 2'1922	2'8750 ± 2,3472	n.s.	----
0 -	1'5271 ± 1'8442	1'3500 ± 1'2951	n.s.	----
- -	1'2500 ± 1'5442	0'8500 ± 1'0851	n.s.	----
± -	1'3420 ± 1'4932	0'6750 ± 0'7545	0'025	A.N.
± 0	0'819 ± 0'6320	0'0000 ± 0'0000	0'005	A.N.
+ 0	0'0000 ± 0'0000	0'6250 ± 0'9404	0'005	A.L.
0 ±	0'0000 ± 0'0000	0'5250 ± 1'1399	0'005	A.L.
+ ±	0'0000 ± 0'0000	0'4000 ± 0'7321	0'005	A.L.
0 +	0'0000 ± 0'0000	0'4000 ± 0'9402	0'005	A.L.
- 0	0'3910 ± 1'0000	0'4000 ± 0'7324	n.s.	----

(A.N.) ADOLESCENTES NORMALES.

(A.L."N") ADOLESCENTES-LIMITE "NEUROTICOS", Y (A.L."P") "PSICOTICOS".

Comparación entre

VECTOR	Nivel de significación y mayor frecuencia.		
	A.L."N"	A.L."P"	
S	(++)	n.s	0'01(A.L"P")
	(+0)	n.s	0'025(A.L"P")
	(--)	0'05(ALN)	N.S
P	(+0)	0'005(ALN)	n.s
	(-0)	n.s	0'05(ALP)
C	(+0)	0'005(ALN)	n.s
	(-+)	0'005(ALN)	0'005(ALP)
	(-±)	n.s	0'01(ALP)
SCH	(-+)	0'005(ALN)	n.s
	(-0)	n.s	0'025(ALP)
	(++)	0'005(ALN)	n.s
	(±0)	0'005(ALN)	0'005(ALP)
	(-±)	0'01 (ALN)	0'005(ALP)
	(0-)	0'025(AN)	n.s.
	(+0)	n.s.	0'01(ALP)
	(+-)	0'025(AN)	n.s.

5.3. - PERFIL SZONDIANO DIFERENCIAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

LIMITE: VARONES Y HEMBRAS.

La muestra estudiada, de adolescentes límite, está constituida por 22 varones y 18 hembras.

Es nuestro interés realizar el estudio comparativo entre varones y hembras, con el fin de aislar, lo mejor posible, la variable sexo.

Para ello, mostramos las tablas de resultados comparativos, entre los siguientes subgrupos:

- a) A.L. varones / A.L. hembras.
- b) A.L. "N" varones / A.L. "N" hembras.
- c) A.L. "P" varones / A.L. "P" hembras.

En las tablas que presentamos, los signos (R.M.Z. y P), son los extraídos por el método estadístico, prueba no paramétrica de análisis comparativo binario U de Mann Whitney.

En cada uno de los vectores S, P, Sch y C, se especifican los valores de Rango Medio y de Z, luego, a las derecha de la tabla, el valor p, o la indicación n.s., en caso de que no haya una significación, se pone el valor y se acompaña del signo ó , para indicar si es en el subgrupo de varones o de hembras, donde se incrementa significativamente.

En las tablas que vienen a continuación, se expresan los resultados: Tabla 1, en valores numéricos. En las tablas 2 y 3, se destacan las diferencias, ya no numéricamente, sino situando cada una de las reacciones

vectoriales que, significativamente, diferencian los varones de las mujeres.

TABLA 1

VECTOR	A.L.			A.L."N"			A.L."P"			A.L."P"			
	R.M.	Z	R.M.	R.M.	Z	R.M.	R.M.	Z	R.M.	P	P	P	
S	(- 0)	23	1'6079	18						0'05	n.s.	n.s.	
	(!)	25	2'8149	15	12	2'4171	6	14	2'1867	8	0'002	0'007	0'001
P	(0 ±)	17	2'1405	23				8	1'6863	12	0'016	n.s.	0'004
	(± -)	16	2'1018	23	7	2'1374	12				0'017	0'001	n.s.
	(+ 0)	23	1'7463	17							0'04	n.s.	n.s.
Sch	(0 ±)	18	1'7033	22	8	1'9460	12				0'044	0'002	n.s.
	(+ 0)				11	1'8586	5				n.s.	0'003	n.s.
	(+ ±)				9	1'7064	11				n.s.	0'004	n.s.
	(+ +)				11	2'1305	7				n.s.	0'001	n.s.
	(- ±)	17	1'7149	22	8	1'7641	12				0'043	0'003	n.s.
	(- -)				8	2'0046	12				n.s.	0'002	n.s.
C	(± 0)				11	1'5667	8				n.s.	0'05	n.s.
	(± -)	22	1'8682	19	11	1'5616	8				0'03	0'05	n.s.
	(+ +)				8	1'8658	12				n.s.	0'003	n.s.
	(- 0)							13	2'3212	9	n.s.	n.s.	0'001
	(- ±)	23	1'7214	18	11	1'8554	8				0'042	0'003	0'0002
	(- -)	24	3'2627	16	11	1'8538	8	14	2'7538	9	0'0005	0'003	n.s.
	(!)	15	2'3757	24	8	1'6766	12				0'008	0'004	n.s.

TABLA 2

GRUPO GLOBAL DE ADOLESCENTES LIMITE

	S	P	SCH	C
VARONES	(1)	(+0)		(±---) (-±) (---)
	(--0)			
HEMERAS		(±---)	(0±) (-±)	(1)
		(0±)		

GRUPO DE ADOLESCENTES-LIMITE

SUBGRUPO

A.L.: "N"

S	F	SCH	C
		(+0)	(±0)
		(++)	(±-)
		(--)	(-±)
	(±-)	(0±)	(++)
		(+±)	(--)
(1)		(-±)	(1)

VARONES

HEMRAS

SUBGRUPO

A.L.: "P"

S	F	SCH	C
(1)			(-0)
			(±)
	(0±)		

5.4.- PERFIL SZONDINAO DIFERENCIAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

LIMITE: "NEUROTICOS" Y "PSICOTICOS"

Una vez seleccionados los dos subgrupos de Adolescentes límite, compuestos por 19 miembros de adolescentes límite próximos a la línea "neurótica" y 21 miembros de adolescentes límite próximos a la línea "psicótica", nos disponemos a estudiar el perfil diferencial de cada uno de los subgrupos.

Para ello, realizaremos las siguientes comparaciones:

- a) A.L. "neuróticos" / A.L. "psicóticos".
- b) A.L. "N" varones / A.L. "P" varones.
- c) A.L. "N" hembras / A.L. "P" hembras.

De este modo, intentamos aminorar el posible peso de la variable sexo.

También se ha aplicado la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, para realizar la comparación o obtener las diferencias significativas existentes entre los distintos subgrupos, en función de la variable patología.

En la tabla 1, a continuación, se expresan los valores numéricos y las comparaciones que han de poder delimitar a los subgrupos de Adolescentes límite: Adolescentes límite "neurótico" y adolescente límite "psicótico".

TABLA 1

VECTOR	A.L. "N"		A.L. "P"		A.L. "N"		A.L. "P"		Comparación entre				
	R.M.	Z	R.M.	R.M.	Z	R.M.	R.M.	Z	A.L. "N"		A.L. "P"		
									R.M.	P	R.M.	P	
(I)													
(± -)				11'45	1'8538	8		8'31	1'6606	12'65	n.s.	n.s.	0,04(P)
(+ 0)	17'29	1'9607	23'4								n.s.	0'03(N)	n.s.
(+ ±)				8'73	1'6207	11'75					0'02(P)	n.s.	n.s.
(+ +)	16'74	2'1423	23'9				7'56	2'2266	13'12		n.s.	0'05(P)	n.s.
(- -)	24'39	2'1722	16'98				14'06	1'9252	9'12		0'01(P)	n.s.	0'01(P)
(± 0)				9	1'7064	11'38					0'01(N)	n.s.	0'02(N)
(+ 0)	25'89	2,8745	16'07	11'95	1'9051	7'81	13'38	1'7428	9'54		n.s.	0'04(P)	n.s.
(- +)	17'63	1'9457	23'10								0'002(N)	0'02(N)	0'04(N)
(I)											0'02(P)	n.s.	n.s.
(+ ±)							14	1'8413	9'12		n.s.	n.s.	0'03(N)
(0 0)							12'63	1'8493	10		n.s.	n.s.	0'03(P)
Sch (± -)				11'00	1'1804	8'63	9	1'6946	12'23		n.s.	n.s.	0'04(P)
(+ -)	16'95	2'5049	23'71	8'77	1'5642	11'69	8'50	1'9427	12'54		n.s.	0'02(P)	n.s.
(- 0)	17'47	1'6907	23'24	8'36	1'5822	12'25					0'006(P)	0'05(P)	0'02(P)
(+ +)							9	1'6946	12'23		0'04(P)	0'05(P)	0'04(P)
C (± 0)				11'09	1'5667	8'50					n.s.	n.s.	0'04(P)
(± -)	22'16	1'8682	19'00	11'09	1'5616	8'50					n.s.	0'05(N)	n.s.
(+ 0)							10'75	1'8473	11'15		n.s.	0'05(N)	n.s.
(- +)							7'56	2'0166	13'12		n.s.	n.s.	0'03(N)
(I)	16'45	2'1026	24'17	8'23	1'6377	12'44					n.s.	n.s.	0'02(P)
											0'01(P)	0'05(P)	n.s.

5.5.- PERFIL SZONDIANO DIFERENCIAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

LIMITE: "ACTUADORES", "PSICOTICOS" Y "NEUROTICOS".

Nos conviene, en un afán por definir diferentes síndromes clínicos-dinámicos, dividir en tres subgrupos, al conjunto de adolescentes límite. De este modo, hallaremos el perfil pulsional diferencial que define a cada uno de los subgrupos, comprobando si las hipótesis clínicas son corroboradas por los resultados del test de Szondi.

Con este fin, hemos de comparar, dos a dos, estos casos en tres subgrupos, hallando así las diferencias relativas de cada uno de ellos respecto de los otros.

A.L. "actuador" / A.L. "psicótico".

A.L. "actuador" / A.L. "neurótico".

A.L. "psicótico" / A.L. "neurótico".

Esta triple comparación se realizará, como indican las tablas en:

- a) El grupo total de Adolescentes límite.
- b) El subgrupo de Adolescentes límite varones.
- c) El subgrupo de Adolescentes límite hembras.

La prueba estadística utilizada ha sido la U de Mann Whitney.

En las tablas que acompañamos, se muestran las comparaciones numéricas entre los distintos subgrupos de adolescentes límite.

TABLA 1: Comparación entre: A.L. "actuador"

A.L. "psicótico"

A.L. "neurótico"

Se toman los grupos ^{sin} distinguir el sexo.

TABLA 2: Se comparan los mismos subgrupos diagnósticos, pero solo con los varones.

TABLA 3: Se comparan los mismos subgrupos diagnósticos, pero solo con las mujeres.

Las tablas números: 1.1, 2.1 y 3.1, son expresión en gráfica de los valores numéricos respectivos, antes reseñados.

TABLA 1

A.L	<u>"ACTUADOR"</u> <u>"PSICOTICO"</u>			<u>"ACTUADOR"</u> <u>"NEUROTICO"</u>			<u>"PSICOTICO"</u> <u>"NEUROTICO"</u>			<u>"ACTUADOR"</u>	<u>"ACTUADOR"</u>	<u>"ACTUADOR"</u>	
	VECTOR	R.M	Z	R.M	R.M	Z	R.M.	R.M.	Z	R.M	P	P	P
S	(0 0)										n.s	n.s	n.s
	(± +)										n.s	n.s	n.s
	(± -)							13'4	1'5622	16'6	n.s	n.s	0'05(I)
	(+ ±)										n.s	n.s	n.s
	(+ 0)						17	1'6111	12'7		n.s	n.s	0'05(I)
	(+ +)						17'5	1'8398	12'8		n.s	n.s	0'03(I)
	(- +)	16'55	1'9935	11'27							0'02(A)	n.s	n.s
	(- -)				10'5	1'6003	14'9	12'7	1'5782	17'4	n.s	0'05(N)	0'05(I)
P	(i)										n.s	n.s	n.s
	(- -)										n.s	n.s	n.s
	(0 ±)	11'2	1'6693	15'17							0'04(P)	n.s	n.s
	(± 0)				14'2	1'6298	12	16'4	1'7365	13'5	n.s	0'05(A)	0'04(I)
	(± -)										n.s	n.s	n.s
	(+ 0)	15'8	1'7342	11'7				11'4	2'6758	18'7	0'04(A)	n.s	0'003
	(+ ±)	10'5	2'3340	15'7	10	2'1593	14				0'009(P)	0'01(N)	n.s
	(+ -)	17	2'0221	10'9							0'02(A)	n.s	n.s

Sch(0 0)									n.s	n.s	n.s
(0 -)									n.s	n.s	n.s
(± -)									n.s	n.s	n.s
(± 0)	16	1'7507	11'6	11'53	1'6659	11'1			0'04(A)	0'04(A)	n.s
(± ±)							13'5	1'8605	16'6	n.s	0'03(N)
(+ -)							16'9	1'7895	12'9	n.s	0'03(P)
(- ±)										n.s	n.s
(+ ±)										n.s	n.s
(1)							18'1	2'1184	11'6	n.s	0'01(P)
(- -)										n.s	n.s

C (0 -)										n.s.	n.s.	n.s.
(0 +)										n.s.	n.s.	n.s.
(0 0)										n.s.	n.s.	n.s.
(+ 0)										n.s.	n.s.	n.s.
(+ ±)			14'9	2'0372	11'5					n.s.	0'02(A)	n.s.
(- +)							18'5	2'3333	11'2	n.s.	n.s.	0'009(I)
(± 0)										n.s.	n.s.	n.s.
(1)										n.s.	n.s.	n.s.

TABLA 1.1

GRUPO GLOBAL DE ADOLESCENTES LIMITE

	A.L."N" ----- A.L."P"	Actuador ----- Psicótico	Actuador ----- Neurótico	Neurótico ----- Psicótico
S	(- -)	(- +)		
	(+ 0) (+ +)		(- -)	(+ 0) (+ +)
P	(+ 0)	(+ 0) (+ -)	(± 0)	(+ 0)
	(- +)	(0 ±) (+ ±)	(+ ±)	(± 0)
Sch		(± 0)	(± 0)	(± ±)
	(+ -) (- 0)			(+ -) (!)
C	(± -) (+ 0)		(+ ±)	
	(± +) (!)		(± 0)	(- +)

A.L.	"Actuador"		"Actuador"		"Psicótico"		"Psicótico"		"Actuador"		"Actuador"		"Psicótico"	
	"Psicótico"		"Neurótico"		"Neurótico"		"Neurótico"		"Psicótico"		"Neurótico"		"Neurótico"	
Vector	R.M.	Z	R.M.	R.M.	Z	R.M.	R.M.	Z	R.M.	P	Z	P	P	
(0 0)														
(± +)														
(± -)														
(+ ±)							6'5	1'7404	9'8				0'04(N)	
(+ 0)	4	1'7728	7'1			8'5	2,0889	5'5	9'1	1'5649	7		0'01(A)	0'05(P)
(+ +)										0'03(P)				
(- +)														
(- -)														
(1)	3'7	1'7883	7'2		2'8	2'6236	8'3			0'03(P)			0'004(N)	
(- -)	7'8	1,5892	4'9							0'05(A)				
(0 ±)														
(± 0)								9'1	1'5689	7			0'05(P)	
(± -)														
(+ 0)														
(+ ±)														
(+ -)														

Sch	(0 0)								
	(0 -)								
	(± -)	4	1'7728	7'1	9'8	1'8144	6'3	0'03(P)	0'03(P)
	(± 0)								
	(± ±)								
	(+ -)								
	(- ±)								
	(+ ±)								
	(i)				9'9	1'6551	6'3		0'04(P)
	(- -)	4	1'7618	7'1				0'03(P)	

C	(0 -)								
	(0 +)	8'1	1'6848	4'7					
	(0 0)							0'04(A)	
	(+ 0)								
	(+ ±)								
	(- +)								
	(± 0)				6'5	1'7500	9'3		0'04(N)
	(i)								

TABLA 2.1

	Actuador Psicótico	Actuador Neurótico	Neurótico Psicótico	A.L. "N" A.L. "P"
VARONES				
S		(+ ±)	(± -)	(± -)
	(+ 0)		(+ ±)	(+ ±)
P	(- -)			(+ 0)
	(!)	(!)		(± 0)
Sch	(±)		(± ⊕) (!)	(± -) (- 0)
	(± -) (0 +)		(± -) (!)	(± 0) (+ -)
C	(- -) (0 +)			(± 0) (± -)
				(!)

TABLA 2.2

	Actuador ----- Psicótico	Actuador ----- Neurótico	Neurótico ----- Psicótico	A.L."N" ----- A.L."P"
HEMBRAS				
S	(- +)	(± +) (+ +)	(- -)	(- -)
		(- -)	(0 0)	(+ +) (!)
P	(+ 0) (+ -)	(± -)	(+ 0)	(+ 0) (!)
	(0 ±) (+ ±)	(+ ±)		
Sch	(- ±)	(0-) (±0) (+±) (+-)	(+ ±)	
			(0 0)	(00) (+±) (++)
C	(0 -) (+ ±)	(+ ±) (- +)	(0 0) (+ 0)	(+ 0)
		(0 0)	(- +) (!)	(- +)

TABLA 3

A.L.	"Actuador"		"Actuador"		"Psicótico"			"Psicótico"			"Actuador"		"Actuador"		"Psicótico"	
	"Psicótico"		"Neurótico"		"Neurótico"			"Neurótico"			"Psicótico"		"Neurótico"		"Neurótico"	
VECTOR	R.M.	Z	R.M.	R.M.	Z	R.M.	R.M.	Z	R.M.	P	P	P	P	P	P	P
S	(0 0)								9	1'9438	5'5					0'02(P)
	(± +)			8,2	1'7433	5'5								0'04(A)		
	(± -)															
	(+ ±)															
	(+ 0)															
	(+ +)			9'1	2'4881	4'5								0'006(A)		
	(- +)	10'1	1'9050	6'1										0'02(A)		
	(- -)			4'7	2'3470	9'5	6	1'5503	9'5					0'009(N)		0'05(N)
P	(!)															
	(- -)															
	(0 ±)	6	1'7666	9'6										0'03(P)		
	(± 0)															
	(± -)			5'2	2'1381	9								0'01(N)		
	(+ 0)	9'1	1'5689	7			5'5	2'6054	10'1					0'05(A)		0'004(N)
	(+ ±)	6'5	1'7404	9'8	5'5	2'0333	8'7							0'04(P)		0'02(N)
	(+ -)	10'2	1'8752	6										0'03(A)		

Sch	(0 0)						8'6	1'6202	6			0'05(P)	
	(0 -)			8'2	1'7566	5'5						0'03(A)	
	(± -)												
	(± 0)			8'8	1'5614	5'4						0'05(A)	
	(± ±)												
	(+ -)			8'2	1'7433	5'5						0'04(A)	
	(- ±)	9'8	1'8144	6'8							0'03(A)		
	(+ ±)			6	1'5954	8'1	6'5	1'6997	8'8			0'05(A)	0'04(N)
	(!)												
	(- -)												

C	(0 -)	9'1	1'5649	7								0'05(A)	
	(0 +)												
	(0 0)			5'4	1'7224	8'8	5'8	1'8713	9'6			0'04(N)	0'03(N)
	(+ 0)						6'5	1'6946	8'8			0'04(N)	
	(+ ±)	9'7	1'9590	6'5	8'2	1'7433	5'5					0'02(A)	0'01(P)
	(- +)			9	2'0425	4'6	9'6	2'3240	4'5				
	(+ 0)												

2

5.6. - FACTORES PULSIONALES.

La muestra estudiada, compuesta de 40 adolescentes diagnosticados de estado límite, o mejor, de organización límite de la personalidad, una vez realizada individualmente su fórmula pulsional, obtenemos los siguientes resultados, en Clase Pulsional y en Reacciones Sintomáticas.

5.6.1. -CLASES INSTINTIVAS O PULSIONALES.

- Es el factor en el cuál el valor del coeficiente de Tensión de Tendencia, es menor, se habla de clase pulsional peligrosa, cuando el C.T.T. es superior a 4. En los demás casos se habla de clase-valvular.

Mientras que la clase pulsional peligrosa, o clase raíz, nos da información de los peligros pulsionales principales por ser latentes, insatisfechos y dinamogénicos sobre la evolución del sujeto, las clases valvulares, recubren la información de los síntomas actuales.

- Un sujeto puede pertenecer a las clases mono, bi, tri o cuatri peligrosas, considerándose la clase principal aquella, cuya diferencia del C.T.T. vectorial sea el mayor una vez calculado para cada uno de los cuatro vectores.

Condideramos clase raíz o peligro, cuando la proporción de latencia sea de valor 5 ó más. De este modo identificamos la clase o clases de raíz. Si fueran

inferiores de valor, se designarán válvulas: tri o tetraválvulas.

Denominaremos clase triválvula, en aquellos casos que, siendo inferior a 5, la diferencia entre el valor máximo y mínimo es de 3-4. Cuatriválvula es cuando esa diferencia es inferior a 3.

3

5.6.2. - CUADRO DE DIAGNOSTICO PULSIONAL Y DIAGNOSTICO CLINICO.

Sujetos (nº40) y diagnósticos por subgrupos.

<u>DIAGNOSTICO CLINICO</u>	<u>CLASES PULSIONALES</u>
Nº 1 A.L. "N"	Cm+ Pe+
Nº 2 A.L. "N" y "actuador"	Ss+
Nº 3 A.L. "P"	Cm+ Sch- Sch K+ P
Nº 4 A.L. "N" y "actuador"	Sch p+
Nº 5 A.L. "N" y "actuador"	Sch p-Ss+ Phy- Cm+(cuatriválvula)
Nº 6 A.L. "N"	Cm+
Nº 7 A.L. "P"	Ss+ Sch K- Phy- Cm+(triválvula)
Nº 8 A.L. "N"	Cm+
Nº 9 A.L. "P"	Sch p+ Cm+ Sh- Phy+(triválvula)
Nº 10 A.L. "P" "actuador"	Phy- Cm+ Sh- Sch p+(cuatriválvula)
Nº 11 A.L. "P"	Phy-
Nº 12 A.L. "P"	Sh+ Phy+ Sch p+ C (cuatriválvula)
Nº 13 A.L. "P"	Sch p+ Pe+ Ss- Cm+ (cuatriválvula)
Nº 14 A.L. "P"	Sh- Phy+ Sch p+ Cm+(cuatriválvula)
Nº 15 A.L. "N"	Cm+
Nº 16 A.L. "P" y "actuador"	Ss+
Nº 17 A.L. "P" y "actuador"	Sch K- Ss+

Nº 18 A. L. "P"	Sh- Sch p+ Cd- P (cuatriválvica)
Nº 19 A. L. "N"	Sch p+
Nº 20 A. L. "N"	Phy- Sch p+ Ss+ C (cuatriválvica)
Nº 21 A. L. "N"	Cm- Phy+ Sh- Sch p+ (cuatriválvica)
Nº 22 A. L. "N"	Sh-
Nº 23 A. L. "P" y "actuador"	Cm+ Sch K- Pe- S (triválvica)
Nº 24 A. L. "N" y "actuador"	Cm+ Ss- Sch K- P (cuatriválvica)
Nº 25 A. L. "P" y "actuador"	Cm+ Sh- Phy- Sch p- (triválvica)
Nº 26 A. L. "P"	Sch K- Cm+ Ss+ Phy- (triválvica)
Nº 27 A. L. "P"	Ss- Phy- Sch p- Cm+ (cuatriválvica)
Nº 28 A. L. "N" y "actuador"	Cm+ Sh-
Nº 29 A. L. "P"	Sh+
Nº 30 A. L. "N"	Cm+
Nº 31 A. L. "N"	Cm+
Nº 32 A. L. "P" y "actuador"	Sh+ Sch K- Cm+ Phy- (cuatriválvica)
Nº 33 A. L. "N"	Ss+ Phy- Sch K- C (triválvica)
Nº 34 A. L. "P"	Cm+
Nº 35 A. L. "N"	Cd+ Pe- Sch S (cuatriválvica)
Nº 36 A. L. "P"	Sch K-
Nº 37 A. L. "N"	Cm+
Nº 38 A. L. "P"	Cm+
Nº 39 A. L. "P"	Cm+
Nº 40 A. L. "N"	Cm+

A. L. "N"

1 peligro	2 peligros	cuatriválvicas
11	2	6 : 19 individuos

A. L. "P"

1 peligro	2 peligros	cuatro peligros
7	1	1 : 21 individuos

- Resultados de las clases pulsionales encontradas en el subgrupo de adolescentes límite "neuróticos".

- Con una clase pulsional ----- 57'8% de los casos.
- Con dos peligros ----- 10'5% de los casos.
- Triválvica y cuatriválvica ----- 36'8% de los casos.

La clase pulsional que destaca es Cm +

- Respecto del grupo de adolescentes límite "psicóticos" los resultados obtenidos en cuanto a las clases pulsionales son:

- Con una clase pulsional ----- 33'3% de los casos.
- Con dos peligros ----- 4'7% de los casos.
- Triválvica y cuatriválvica ----- 57% de los casos.
- Con cuatro peligros ----- 4'7% de los casos.

Las clases pulsionales que destacan en este grupo son: Sch K- y Sh+, Ss+.

Llama la atención, al comparar ambos subgrupos, la inversión de valores proporcionales entre: porcentaje de una clase pulsional y porcentaje de valores valvulares frente a factores raíces.

5.6.3. - REACCIONES SINTOMATICAS.

El análisis de las reacciones sintomáticas, nos expresan el grado de descarga pulsional, bien de forma manifiesta (reacción nula) o bien de forma subjetiva (reacción ambivalente)

En cierto modo representa lo contrario a la clase pulsional, pues nos habla de descarga. Nosotros contabilizamos, sobre el conjunto del grupo estudiado, sobre la fórmula pulsional de cada individuo, el número y tipo, de reacciones valvulares, con el fin de realizar una aproximación también como en el caso de la clase pulsional, de interpretación cualitativa .

Si contabilizamos el total de Reacciones Sintomáticas, es decir, la reacción nula y la reacción ambivalente, nos encontramos con los siguientes resultados:

Reacción nula =58

Reacción ambivalente =34

Se da un predominio de las reacciones factoriales nulas, que se corresponden con las descargas pulsionales, aunque no es despreciable el número de reacciones ambivalentes, ésto es, de un deseo frenado de satisfacción pulsional.

A continuación exponemos los resultados de las Reacciones sintomáticas, por orden de frecuencia.

d₀Vector C

e₀Vector P

s_{\pm}
 s_0
 s_0 Vector S
 h_0
 k_0
 p_0 Vector Sch
 $h_{y\pm}$
 m_{\pm}
 k_{\pm}
 h_{\pm}
 e_{\pm}
 m_0
 h_{y_0}
 d_{\pm}
 p_{\pm}

El mayor número de reacciones nulas se presentan en el Vector C y en el Vector S, mientras que el mayor número de reacciones ambivalentes se muestran en los vectores S y P.

Las reacciones sintomáticas nulas predominan sobre las ambivalentes, y destacan algunos factores. Unicamente llama la atención el factor S_{\pm} , que es una reacción ambivalente frecuente. Así pues, entre las principales reacciones sintomáticas, hay un predominio de las reacciones nulas, que se distribuyen en todos los vectores. Estas reacciones nulas se concentran en el Vector C, sobre el factor d_0 y en el Vector P, sobre el factor e_0 , mientras que tanto en el Vector S como en el vector Sch,

las reacciones nulas se distribuyen equitativamente en ambos factores del vector.

Por tanto, predominio de la reacción nula sobre la ambivalente en términos globales. En los sujetos de esta muestra predomina la descarga sobre la tensión ambivalente.

Los factores de descarga, de reacción nula, más frecuentes son : d_0 y e_0 , seguidos de un factor ambivalente s_+ y luego factores de reacción nula : h_0, s_0 y k_0, p_0 .

A continuación se concentran las reacciones ambivalentes : m_+ y h_{y+} , k_+ , e_+ y h_+ .

A pesar del predominio de los síntomas externos sobre los internos, complementaremos estos datos, cuando estudiemos los índices numéricos, tales como el coeficiente de tensión de tendencia y el porcentaje de reacción sintomática.

Reacción NulaReacción AmbivalentePuras MixtasPuras Mixtas

13 ---- 16 ---- 3

4 ----- 7 ---- 3

"N"

C 7 ---- 8 ---- 1

1 ----- 3 ---- 2

"P"

4 ---- 8 ---- 4

4 ----- 7 ----- 3

"N"

S 8 ----11 ---- 3

3 -----10 ----- 7

"P"

0 ---- 9 ---- 9

8 ---- 9 ---- 1

"N"

P 6 ---- 11 --- 5

5 ----- 8 ---- 3

"P"

3 ---- 5 ---- 2

2 ----- 3 ---- 1

"N"

Sch 8 ---10 ---- 2

2 ----- 4 ---- 2

"P"

Total 20 ---38 ----18

18 ---- 26 ---- 8

"N"

29 ---40 ----11

11 ---- 25 --- 14

"P"

Reacción pura: Al menos 6 reacciones factoriales son del mismo tipo (nulo o ambivalente)

Reacción mixta :Al menos 5 reacciones factoriales son sintomáticas;nulas y ambivalentes.

Reacciones mixtas

-En los vectores C y P es donde predominan las formas mixtas en las reacciones sintomáticas en el subgrupo de Adolescentes limite " Neuróticos ", diferenciándose del grupo de Adolescentes límite " picótices ".

-En el vector C, es en el factor d donde se dan

d+ (0 y ±).

-En el vector P, estas formas mixtas aparecen tanto en e (0, ±) como en hy (0±).

Reacciones puras

-En el vector C, predomina la reacción nula en el adolescente límite "neurótico", concentrándose en el factor d(0). No habiendo diferencias en la reacción ambivalente pura.

-En el vector S, hay un predominio de las formas de reacción pura, para los Adolescentes límite "psicóticos", tanto en la reacción nula como en la ambivalente, igualmente distribuidas en los factores h y s, las reacciones sintomáticas se concentran en el vector C d(0), en los adolescentes límite "psicóticos"; se concentran, diversificados, en el vector S, tanto en h(0±), como en s(0±).

-En el vector P, también las reacciones sintomáticas puras son más frecuentes en el grupo de adolescentes límite "psicótico", destacando el factor e(0), seguido de e(±)?hy(±).

Por último, en el vector Sch, la frecuencia de la reacción sintomática pura es mayor en el subgrupo de adolescentes límite "Psicóticos", tanto en k (0) como en p(0). este último factor, p (0), es en el que más se diferencia del grupo de adolescentes límite "neurótico".

Mientras en el grupo de A.L"N", las reacciones nulas predominan en el vector C, estas reacciones nulas se presentan con frecuencia en el vector Sch (k,p) en los

A.L. "P".

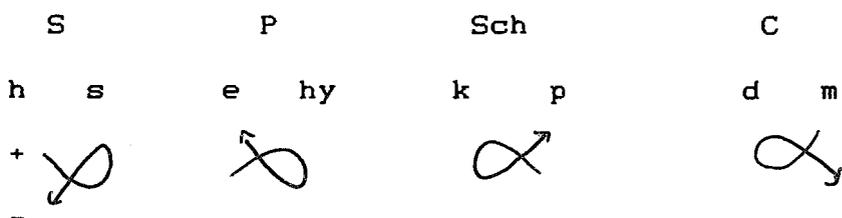
Las reacciones ambivalentes también predominan en el vector C (m y d), en el subgrupo de A.L. "N", mientras que lo hacen en el vector S (s y h) en los A.L."P".

Mientras para los A.L."N"., la serie pulsional busca el final del circuito y hace síntomas en el principio, ocurre lo contrario con los A.L."P"., que además de expresar los síntomas al final, en descarga, la serie pulsional busca el comienzo del circuito.

5.6.4. - SERIES PULSIONALES.

J. Schotte propone, como expusimos al presentar el test de Szondi, un sistema de lectura del mismo, que denomina Series Pulsionales, que se ordenan. 1, 2a-2b y 3.

Este orden responde al diferente grado evolutivo del sistema pulsional.



Aquí, presentamos los circuitos vectoriales de J. Scotte, a partir de los cuales se pueden construir las Series Pulsionales. Así, mientras el tiempo 1, representa el comienzo del circuito: m+ h+ e- p- , el Tiempo 3, representa el final del mismo: m- h- e+ p+.

Las cifras representan el porcentaje de reacciones

factoriales correspondientes, respecto del total de respuestas dadas en ese factor, por el individuo, o, en nuestro caso, por el grupo de Adolescentes límite.

De este modo, podemos comparar a los grupos de Adolescentes límite con los Adolescentes normales y observar las diferencias, en las series pulsionales, que dan cuenta del momento evolutivo del sujeto. De la misma manera, comparamos los subgrupos de A.L. "N" y de A.L. "P".

Los resultados se obtienen, contando las reacciones factoriales de cada uno de los factores raíces que se especifican en la tabla, que son todas las posibles reacciones, excepto las valvulares.

El porcentaje nos indica, en cada uno de los factores, el peso del mismo, dentro del factor, las veces que aparece esa reacción factorial, sobre el total de reacciones del factor. De interés, es estudiar comparativamente, cada uno de estos porcentajes, dentro de cada uno de los tiempos de la serie pulsional, así como en relación al grupo de Adolescentes normales, pues así podremos dilucidar el momento evolutivo de cada grupo de pacientes.

SERIES PULSIONALES

Tiempo 1	A.L. "N".	A.L. "P".	A.L.	A.N.
	%	%	%	%
m+	51	76	64	90
h+	20	36	29	45

e-	11	33	17	17
p-	16	25	21	58

Tiempo 2a

d-	24	51	38	46
s-	40	24	32	10
hy+	11	16	14	3
k+	14	13	13	10

Tiempo 2b

d+	12	10	11	12
s+	24	30	27	65
hy-	59	55	57	38
k-	46	52	49	52

Tiempo 3

m-	12	3	7	5
h-	38	27	32	20
e+	51	35	43	44
p+	53	35	44	8

5.7.- ANALISIS DISCRIMINANTE DE LOS SUBGRUPOS DE ADOLESCENTES

LIMITE

En las tablas que mostramos a continuación, se especifican los resultados del análisis discriminante, capaz de diferenciar, a través de un conjunto de variables, extraídas por la Función Canónica Discriminante, los subgrupos de Adolescentes límite:

1.-Adolescentes límite "Neuróticos" y Adolescentes límite "Psicóticos".

2.-Adolescentes límite "Actuadores", Adolescentes límite "Psicóticos" y Adolescentes límite "Neuróticos".

TABLA DE EQUIVALENCIAS ENTRE: VARIABLE INFORMATICA Y REACCION SZONDIANA.

<u>Reacciones</u>	<u>Vector S</u>	<u>Vector P</u>	<u>Vector Sch</u>	<u>Vector C</u>
1 (0 0)	S1	P1	Sch1	C1
2 (0 ±)	S2	P2	Sch2	C2
3 (0 +)	S3	P3	Sch3	C3
4 (0 -)	S4	P4	Sch4	C4
5 (± 0)	S5	P5	Sch5	C5
6 (± ±)	S6	P6	Sch6	C6
7 (± +)	S7	P7	Sch7	C7
8 (± -)	S8	P8	Sch8	C8
9 (+ 0)	S9	P9	Sch9	C9
10 (+ ±)	S10	P10	Sch10	C10
11 (+ +)	S11	P11	Sch11	C11
12 (+ -)	S12	P12	Sch12	C12
13 (- 0)	S13	P13	Sch13	C13
14 (- ±)	S14	P14	Sch14	C14
15 (- +)	S15	P15	Sch15	C15
16 (- -)	S16	P16	Sch16	C16
17 (Σ !)	S17	P17	Sch17	C17

5.7.1.- ANALISIS DISCRIMINANTE ENTRE A.L."N"y A.L."P"

(ANALISIS 1)

En la tabla 1, se especifican las variables del test de Szoni, con su peso relativo, que son capaces de diferenciar los subgrupos de A.L."N" y de A.L."P".El signo que aparece en la función, da referencia a la importancia que esa variable tiene en uno u otro subgrupo:Subgrupo A.L."N" (número 1 y signo +), Subgrupo A.L."P" (número 2 y signo -).

En la tabla 1.1, viene especificado el valor discriminante total y el signo (+ o -), que indica el subgrupo.

En la tabla 2 y tabla 2.1, mostramos la expresión gráfica de la función discriminante para los subgrupos A.L."N" y A.L."P".

En la tabla 3, se demuestra la alta concordancia, del 100% de los casos, que nos indica el acuerdo existente entre el Criterio Clínico de Selección, para establecer los subgrupos, y el criterio, que gracias al análisis discriminante, se deriva del test de Szondi.

18-Apr-90 test de szondi
 17:39:59 Centre D'Informatica de U B I B M 3090 170 VM/SP CMS 5

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS

FUNCTION	EIGENVALUE	PERCENT OF VARIANCE	CUMULATIVE PERCENT	CANONICAL CORRELATION	AFTER FUNCTION	WILKS'
1*	2959 87142	100 00	100 00	0 9998306	0	0 000

* MARKS THE 1 CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS REMAINING IN THE ANALYSIS

STANDARDIZED CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION COEFFICIENTS

	FUNC 1
2	-24 17162 -
4	4 33051 -
5	-1 70167 -
6	1 55561 -
15	-3 94486 -
1	-6 45630 -
4	-17 73931 -
5	1 36263 -
6	11 72192 -
7	-21 95530 -
8	-1 17133 -
9	-28 72894 -
12	-31 01373 -
14	-20 63264 -
16	-7 32617 -
CH1	16 56511 -
CH9	9 25141 -
CH10	11 90253 -
CH11	3 55678 -
CH12	28 38012 -
CH13	31 22023 -
CH14	19 31080 -
CH15	-6 86296 -
CH17	25 09134 -
5	4 73331 -
7	12 86109 -
8	-3 09575 -
9	4 02151 -
13	6 68631 -
16	-2 59315 -

DIAGN1 =	1	2
	a l n	a l p
S2	2749 597	-950 4541
S4	-412 7121	162 2772
S5	262 1428	-77 19907
S6	-395 1611	140 7689
S15	224 5876	-74 21411
P1	1085 194	-376 3491
P4	1047 950	-367 5748
P5	-311 2001	124 1357
P6	-4222 619	1472 711
P7	3820 424	-1341 016
P8	128 2970	-33 30978
P9	2595 356	-906 1183
P12	966 3647	-330 2450
P14	4465 991	-1543 212
P16	519 4492	-170 8864
SCH1	-2746 790	976 3594
SCH9	-1220 528	434 7759
SCH10	-2424 711	862 9457
SCH11	-163 4610	61 02249
SCH12	-2945 132	1044 644
SCH13	-1343 989	476 13043
SCH14	-2024 949	705 0683
SCH15	205 6890	-65 34127
SCH17	-766 0412	269 7634
C5	-1198 316	460 3504
C7	-1321 089	456 9150
C8	653 9954	-236 9098
C9	-850 9745	306 3490
C13	-919 9444	321 12741
C15	301 5314	-95 41336
(CONSTANT)	-3126 267	-422 2762

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS EVALUATED AT GROUP MEANS

GROUP	FUNC	1
1	-55	66341
2	50	36213

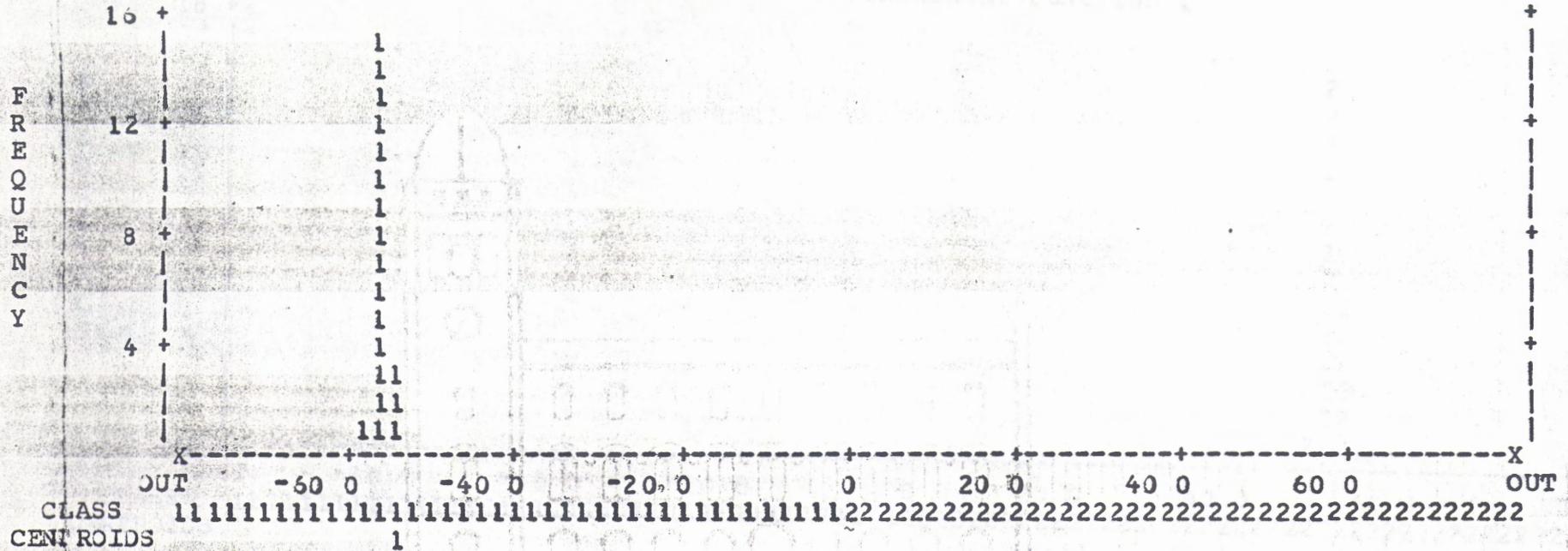
CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS

FUNCTION	EIGENVALUE	PERCENT OF VARIANCE	CUMULATIVE PERCENT	CANONICAL CORRELATION :	AFTER FUNCTION :	WILKS' LAMBDA	CHI-SQUARED	I
1*	2950 87142	100 00	100 00	0 9998305	0	0 0003388	183 77	

1. 1 a l n
 2. 2 a l p

HISTOGRAM FOR GROUP 1 a l n

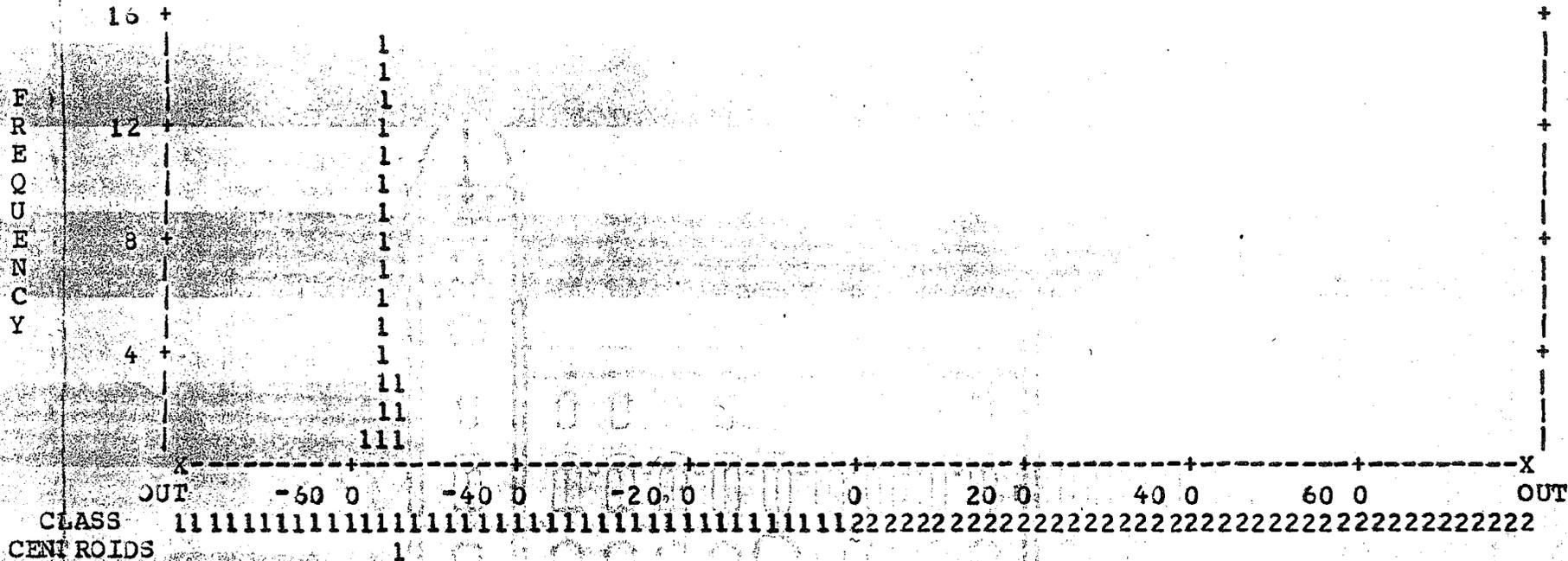
CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1



1: 1 a l n
 2: 2 a l p

HISTOGRAM FOR GROUP 1 a l n

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1



TABLAS 2

CLASSIFICATION RESULTS

ACTUAL GROUP	NO OF CASES	PREDICTED GROUP MEMBERSHIP	
		1	2
GROUP 1 a l n l	19	19 100 0%	0 0 0%
GROUP 2 a l p	21	0 0 0%	21 100 0%

PERCENT OF "GROUPED" CASES CORRECTLY CLASSIFIED: 100 00%

CLASSIFICATION PROCESSING SUMMARY

- 40 CASES WERE PROCESSED
- 0 CASES WERE EXCLUDED FOR MISSING OR OUT-OF-RANGE GROUP CODES
- 0 CASES HAD AT LEAST ONE MISSING DISCRIMINATING VARIABLE
- 40 CASES WERE USED FOR PRINTED OUTPUT

TABLA 3

5.7.2.- ANALISIS DISCRIMINANTE PARA A.L. "ACTUADOR", A.L. "PSICOTICO" Y A.L. "NEUROTICO".

(ANALISIS 2)

Las tablas que presentamos , son semejantes a las correspondientes del Análisis 1.

En las tablas 1 y 1.1, mostramos las variables szondianas discriminadoras y el peso, con su signo, de las mismas. Al tratarse de tres grupos que se comparan, son necesarias dos funciones.

En la tabla 2, mostramos, gráficamente, los resultados numéricos anteriores, demostrando la concordancia entre el diagnóstico clínico: A.L. "actuador" vs. A.L. "psicótico", y el diagnóstico szondiano.

Se puede comprobar, como los casos no agrupados (en este momento del análisis, pero que habrán de corresponderse con los A.L. "neuróticos") son distribuidos , por el test de Szondi, en un 35,7%, entre los A.L. "psicóticos".

Las tablas :3,3.1,3.2,3.3 y 3.4, nos demuestran la representación gráfica de la capacidad discriminante del test de Szondi por subgrupos, situando separadamente a: A.L. "actuador" (1), A.L. "psicótico" (2) y A.L. "neurótico" (3).

La tabla 4, muestra la perfecta concordancia entre el sistema discriminador propuesto, con el que se han establecido los subgrupos, es decir, el diagnóstico clínico, con el diagnóstico szondiano que el análisis discriminante

por ordenador, ha realizado.

CLASSIFICATION FUNCTION COEFFICIENTS
(FISHER'S LINEAR DISCRIMINANT FUNCTIONS)

DIAGN2 =	1 actuador	2 psicotic 0
S2	476 6102	-308 8998
S6	-1100 609	750 5396
S11	-1489 319	1006 018
S12	295 5130	-196 9063
S13	-917 9127	619 9597
S17	-74 10115	50 47386
P4	520 4047	-346 5983
P7	1625 611	-1082 131
P8	197 2710	-127 0648
P10	-1729 207	1171 198
P12	554 3353	-371 2240
P17	-396 4970	267 2572
SCH2	-1484 200	1001 413
SCH6	4944 886	-3360 214
C7	-499 2053	332 9089
C10	2511 968	-1688 434
C12	417 4541	-282 4187
(CONSTANT)	-1426 421	-653 8670

STANDARDIZED CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION COEFFICIENTS

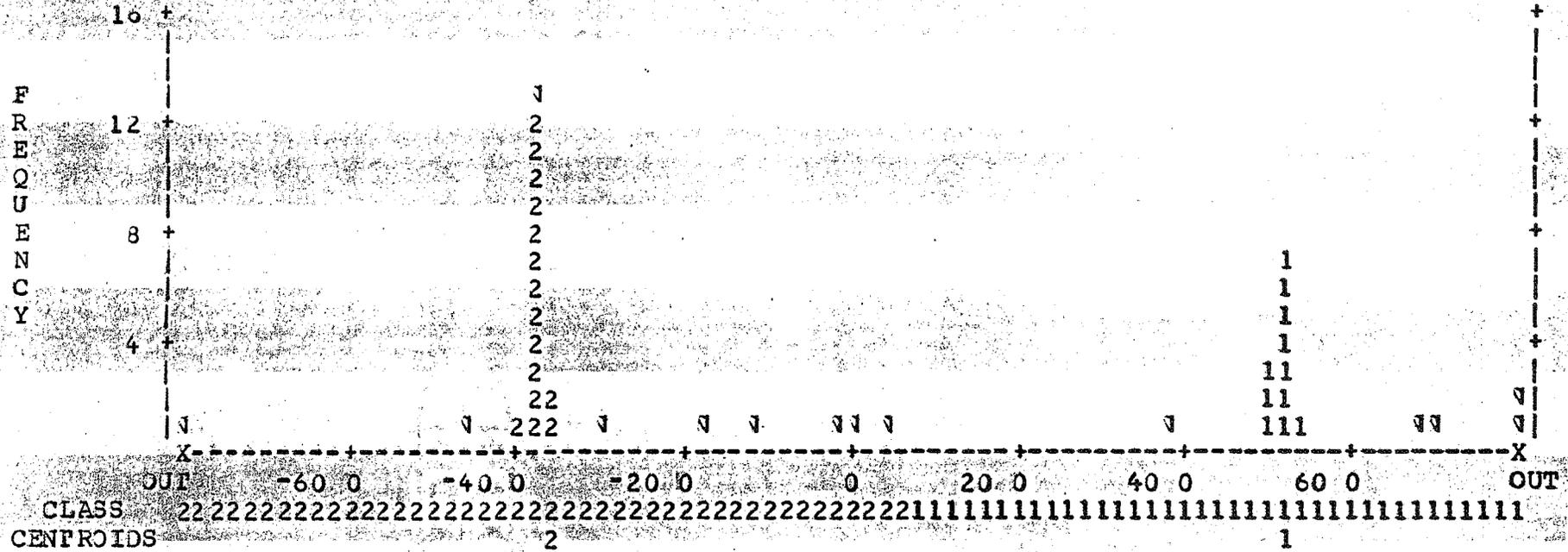
	FUNC 1
S2	5.84753
S6	-5.75342
S11	-28.63432
S12	5.98176
S13	-18.45903
S17	-3.41243
P4	13.41471
P7	10.07856
P8	2.99637
P10	-20.71950
P12	27.14540
P17	-16.30660
SCH2	-11.43453
SCH6	18.13169
C7	-8.50285
C10	29.89391
C12	1.52796

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS EVALUATED AT GROUP MEANS

GROUP	FUNC 1
1	51.43071
2	-37.71586

ALL-GROUPS STACKED HISTOGRAM

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1



CLASSIFICATION RESULTS

ACTUAL GROUP	NO. OF CASES	PREDICTED GROUP MEMBERSHIP	
		1	2
GROUP 1 actuador	11	11 100 0%	0 0 0%
GROUP 2 psicotico	15	0 0 0%	15 100 0%
UNGROUPED CASES	14	5 35 7%	9 64 3%

PERCENT OF "GROUPED" CASES CORRECTLY CLASSIFIED: 100.00%

CLASSIFICATION PROCESSING SUMMARY

40 CASES WERE PROCESSED
 0 CASES WERE EXCLUDED FOR MISSING OR OUT-OF-RANGE GROUP CODES
 0 CASES HAD AT LEAST ONE MISSING DISCRIMINATING VARIABLE
 40 CASES WERE USED FOR PRINTED OUTPUT

CLASSIFICATION FUNCTION COEFFICIENTS
(FISHER'S LINEAR DISCRIMINANT FUNCTIONS)

DIAGN2 =	2 psicotic	3 neurotic
S3	113 0516	27 67770
S7	-345 3633	-80 77425
S14	84 73991	20 77052
S15	-558 1339	-132 5709
S17	307 1345	72 81828
P5	1219 921	294 3958
P7	-151 6202	-29 52705
P9	-969 0707	-229 3797
P11	-109 8471	-24 75583
P12	-232 0319	-53 14601
P17	360 2020	86 09385
SCH10	980 0412	234 7607
SCH11	96 27991	25 31416
SCH12	-332 4219	-79 77241
SCH13	-352 7015	-82 25918
SCH15	-78 52858	-16 49652
SCH16	655 9091	158 8582
C15	788 6206	187 3687
C16	-139 7203	-34 10002
(CONSTANT)	-1934 662	-124 6293

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS EVALUATED AT GROUP MEANS

GROUP	FUNC 1
2	22 82669
3	-24 45717

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS

FUNCTION	EIGENVALUE	PERCENT OF VARIANCE	CUMULATIVE PERCENT	CANONICAL CORRELATION :	AFTER FUNCTION :	WILKS' LAMBDA
1*	599 63008	100 00	100 00	0 9991672	0	0 0016649

1
2
3

2 psicotico
3 neurotico

ALL UNGROUPED CASES

HISTOGRAM FOR GROUP

2 psicotico

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1

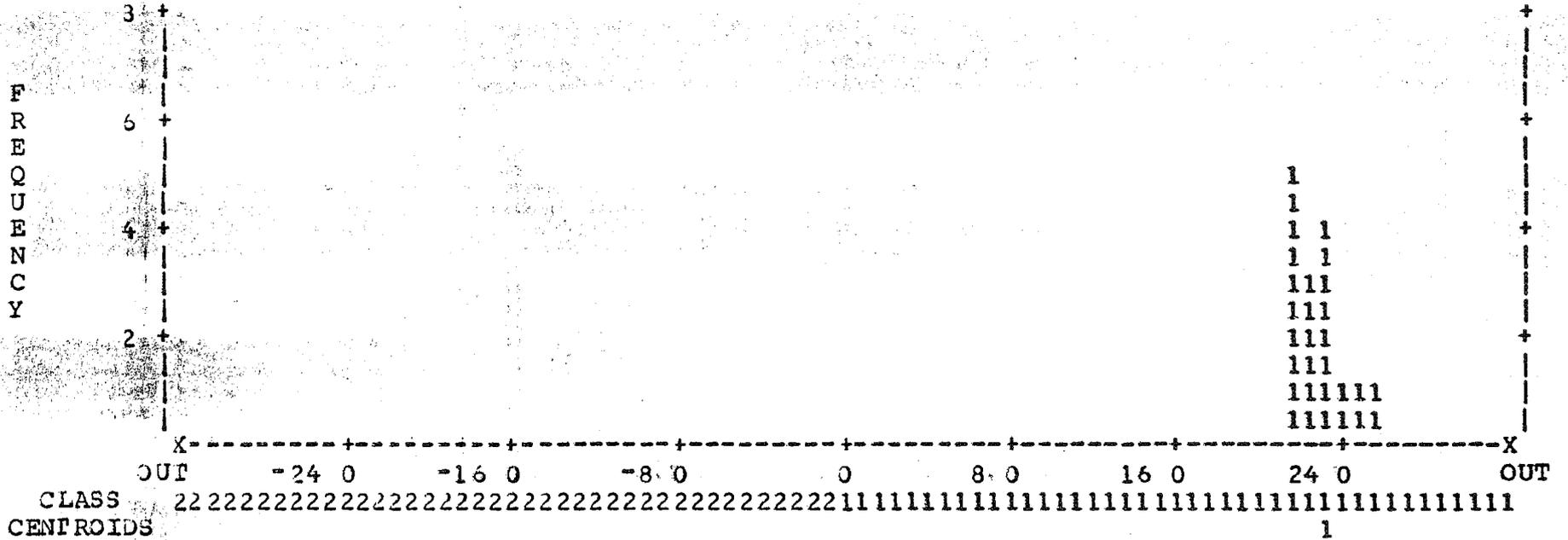
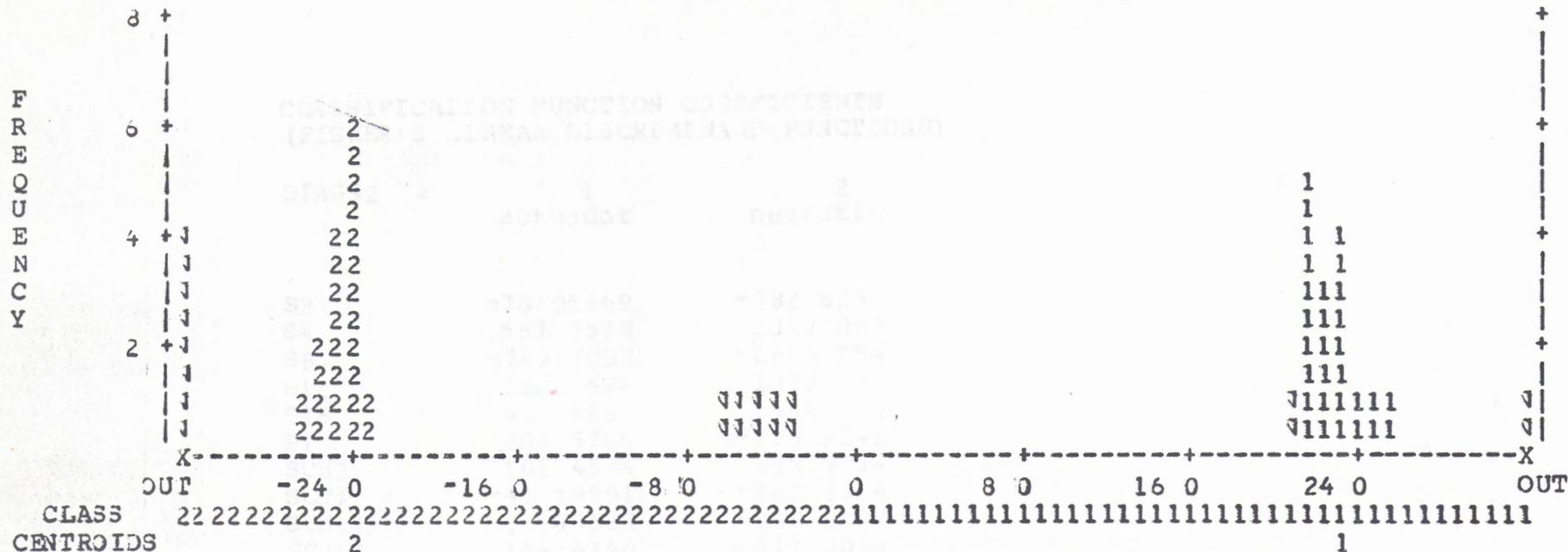


TABLA 2.1

ALL-GROUPS STACKED HISTOGRAM
 CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1



CLASSIFICATION RESULTS -

ACTUAL GROUP	NO. OF CASES	PREDICTED GROUP MEMBERSHIP	
		2	3
GROUP 2 psicotico	15	15 100 0%	0 0 0%
GROUP 3 neurotico	14	0 0 0%	14 100 0%
UNGROUPED CASES	11	2 18 2%	9 81 8%

PERCENT OF "GROUPED" CASES CORRECTLY CLASSIFIED: 100 00%

CLASSIFICATION FUNCTION COEFFICIENTS
(FISHER'S LINEAR DISCRIMINANT FUNCTIONS)

DIAGN2 =	1 actuador	2 neurotic o
S2	-76 05569	-282 6234
S4	567 9528	2040 042
S8	-749 7037	-2684 254
S12	288 7494	1030 979
S16	436 8263	1564 184
P1	-208 5769	-755 3241
SCH2	161 4544	558 9554
SCH4	-41 19881	-162 2904
SCH11	-92 78527	-340 9917
SCH13	144 4340	511 0046
SCH15	309 4710	1106 274
SCH16	97 27641	343 8716
SCH17	-180 5223	-650 4532
C1	302 4252	1081 378
C5	2892 768	10372 34
C6	617 8254	2214 610
C10	-509 6737	-1828 310
(CONSTANT)	-495 2980	-6233 363

STANDARDIZED CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION COEFFICIENTS

	FUNC 1
S2	-1.61253
S4	14.97901
S8	-18.60532
S12	20.44761
S16	31.52637
P1	-2.83280
SCH2	2.18466
SCH4	-0.80282
SCH11	-5.77172
SCH13	9.55332
SCH15	26.50158
SCH16	6.40757
SCH17	-14.44824
C1	13.47923
C5	29.77295
C6	7.97877
C10	-10.09989

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS EVALUATED AT GROUP MEANS

GROUP	FUNC 1
1	-45.03726
2	35.38642