

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

La pareja narcisista-limítrofe: el efecto que tiene el haber atravesado por una relación con una pareja con trastorno narcisista de la personalidad en la experiencia subjetiva del individuo límite.

Proyecto de Investigación

María Paz Borja de la Torre

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito, 22 de diciembre de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

La pareja narcisista-limítrofe: el efecto que tiene el haber atravesado por una relación con una pareja con trastorno narcisista de la personalidad en la experiencia subjetiva del individuo límite.

María Paz Borja de la Torre

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Manuel Esteban Utreras, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 22 de diciembre de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María Paz Borja de la Torre

Código: 00107685

Cédula de Identidad: 1716601321

Lugar y fecha: Quito, 22 de diciembre de 2016

RESUMEN

Antecedentes: La literatura encuentra que, debido a sus patrones cognitivos de funcionamiento y al estilo de apego subyacente a su personalidad, individuos con un trastorno narcisista de la personalidad (TNP) e individuos diagnosticados con un trastorno límite de la personalidad (TLP) tienen una tendencia a involucrarse románticamente. En base a lo que se conoce acerca de la etiología, el curso, el desarrollo y las características de TLP y TNP, y sobre la propensión de estos individuos a involucrarse románticamente, la presente investigación pretende conocer cómo y hasta qué punto el tener una pareja con TNP afecta a la experiencia subjetiva de individuos con TLP. **Metodología:** Se utilizó una muestra de 5 pacientes diagnosticadas con el trastorno límite de personalidad a través del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II) y del Millon Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). Las pacientes atravesaron por 15 sesiones de psicoterapia cognitiva en base a las cuales se analizó su experiencia subjetiva y el cambio en sus estados mentales a través de los episodios narrativos recogidos en terapia. **Resultados:** El haber atravesado por una relación con una pareja con TNP, intensifica drásticamente los rasgos de personalidad de pacientes con TLP (sentimientos crónicos de vacío, el miedo al abandono, la ira, la ambivalencia afectiva - idealización-devaluación, problemas en el control de los impulsos, y la falta de identidad o autoestima disminuida); además de presentar síntomas relacionados a un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Finalmente, los estados mentales de las pacientes a lo largo del proceso terapéutico, que reflejan dicha intensificación de síntomas, siguieron el curso de la sintomatología presente en la descripción de las etapas de duelo propuestas por Ortuño (2011). **Conclusiones:** El haber atravesado por una relación con un individuo con TNP, intensifica de forma significativa los rasgos de personalidad de individuos con TLP, provocando una ruptura en la biografía del paciente.

Palabras clave: experiencia subjetiva, estados mentales, terapia cognitiva, trastorno límite de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad, apego, relación romántica, abandono.

ABSTRACT

Background: The literature finds that, because of their cognitive functioning patterns and attachment style underlying their personality, individuals with a Narcissistic Personality Disorder (NPD) and individuals diagnosed with a borderline personality disorder (BPD) have a tendency to engage romantically. Based on what is known about the etiology, course, development and characteristics of BPD and NPD, and on the propensity of these individuals to become romantically involved, the present research aims to know how and to what extent having a partner with NPD affects the subjective experience of individuals with BPD.

Methodology: A sample of 5 patients diagnosed with borderline personality disorder through the Minnesota Personality Multiphase Inventory (MMPI-II) and Millon Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). The patients went through 15 sessions of cognitive psychotherapy on the basis of which their subjective experience and the change in their mental states were analyzed through the narrative episodes collected in therapy. **Results:** Having a relationship with a partner with NPD, dramatically intensifies the personality traits of patients with BPD (chronic feelings of emptiness, fear of abandonment, anger, affective ambivalence - idealization-devaluation, problems with impulse control, and lack of self-esteem or diminished self-esteem); as well as presenting symptoms related to a posttraumatic stress disorder (PTSD). Finally, the mental states of the patients throughout the therapeutic process, which reflect this intensification of symptoms, followed the course of the symptomatology present in the description of stages of mourning proposed by Ortuño (2011). **Conclusions:** Having been through a relationship with a partner with NPD, significantly intensifies the personality traits of individuals with BPD, causing a rupture in the biography of the patient.

Key words: subjective experience, mental states, cognitive therapy, borderline personality disorder, narcissistic personality disorder, attachment, romantic relationship, abandonment.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	6
INTRODUCCIÓN	7
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA.....	10
El problema	12
Pregunta de investigación.....	14
Resumen.....	15
Revisión de la literatura	16
Revisión de literatura	16
Formato de la revisión de la literatura	16
Metodología y diseño de la investigación.....	55
Justificación de la metodología seleccionada.....	55
Herramientas de investigación utilizada.....	56
Descripción de participantes.....	74
Reclutamiento de los participantes.....	75
RESULTADOS ESPERADOS	77
Discusión	83
Limitaciones del estudio	86
Recomendaciones para futuros estudios.....	87
Referencias.....	88
ANEXO A: Formulario de Consentimiento Informado.....	93
ANEXO B: Grid of Problematic States	95
ANEXO C: Fases terapéuticas y estados mentales	95

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad (TP) involucran diversos problemas, como por ejemplo, dificultades en las relaciones interpersonales, problemas en la regulación emocional, comportamientos que obstaculizan la consecución de metas, impulsividad, entre otros síntomas (Dimaggio et al., 2006). Con el propósito de entender la etiología de los TP, varios autores han especulado acerca de cómo estos factores de funcionamiento interactúan para formar diversos trastornos. Debido a que individuos con un diagnóstico en el Eje II parecen tener más dificultades en manejar y adaptarse a las demandas del día a día, Semerari et al. (2014) proponen que estas dificultades pueden ser atribuidas a problemas en las habilidades meta-cognitivas de estos pacientes. De la misma manera, Dimaggio et al. (2006), consideran que existen elementos cognitivos que al interactuar, resultan en la psicopatología.

En consecuencia y gracias dichos factores de funcionamiento, la literatura encuentra que, debido a sus patrones cognitivos de funcionamiento, individuos con un trastorno narcisista de la personalidad (TNP) e individuos diagnosticados con un trastorno límite de la personalidad (TLP) tienen una tendencia a involucrarse románticamente (Corman, 1997; Gabbard, 2014). En este sentido, la presente investigación pretende conocer cómo y hasta qué punto el haber atravesado por una relación con una pareja con TNP afecta a la experiencia subjetiva de individuos con TLP, pues hasta la fecha, en el Ecuador, no existe ningún estudio que se haya ocupado de este asunto.

De acuerdo con la teoría de los estadios mentales, las personas organizan su existencia, es decir, pensamientos, emociones y estados somáticos característicos de su experiencia subjetiva, en estadios mentales discretos, reconocibles, y generalmente repetitivos (Nicolò et al., 2008). Así, a partir de la narrativa creada entre el paciente y el terapeuta en sesión, es posible rastrear y codificar aspectos particulares de la

experiencia subjetiva del paciente a través del análisis del cambio en sus estados mentales (pensamientos, emociones y descripciones de sensaciones corporales expresas) (Dimaggio et al., 2007).

Con este motivo, se propone hacer uso de la herramienta conocida como *Grid of Problematic States* (GPS) para, a través de un análisis en el cambio de los estados mentales (pensamientos, emociones y sensaciones corporales) del paciente a lo largo de un total de 15 sesiones terapéuticas, evaluar la experiencia subjetiva de individuos que hayan sido diagnosticadas con un TLP que hayan atravesado por una relación con un individuo que cumpla con los criterios diagnósticos del TNP.

El GPS es una herramienta compuesta por 32 constructos que se encuentran divididos en tres dominios específicos (temas de pensamiento, emociones y sensaciones somáticas), los cuales abarcan las diversas formas en que la experiencia humana puede ser expresada a través de la narrativa y el discurso (Dimaggio et al., 2007). Un constructo, sea este una emoción o una idea, forma parte del sistema de significados que las personas utilizan para dar sentido a los acontecimientos, seleccionar la información relevante, y prever lo que puede suceder en su vida social. Más adelante se realiza una descripción detallada de dicha herramienta.

A continuación, se introducirá el problema principal que esta investigación encuentra en el campo y al cual se pretende atender, seguido por una revisión literaria acerca del TLP y el TNP, su etiología y funcionamiento, el valor de la experiencia subjetiva dentro del contexto de la psicoterapia y la psicopatología, y sobre el impacto psicológico, medido a través del cambio en los estados mentales del paciente, que el tener una pareja con TNP puede generar en un paciente con TLP. Más adelante, se explicará la metodología que se

utilizó para llevar a cabo esta investigación y, finalmente, se discutirán los resultados y limitaciones del estudio.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Ya desde 1975, Kernberg (citado en Ronningstam & Gunderson, 1991) afirmó que el TNP y TLP comparten el mismo nivel de estructura y organización intrapsíquica, severas perturbaciones de la identidad y una dependencia similar de ciertos mecanismos de defensa. No es de sorprender, por tanto, que el TNP y el TLP se encuentren agrupados dentro de la misma categoría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), pues ambos trastornos han sido definidos como dramáticos, emocionales y erráticos (APA, 2013).

Por otro lado, se ha sugerido que en la búsqueda de pareja, los individuos tienden a elegir a una persona con un estilo de apego parecido o complementario al propio (Moneta, 2005). En este sentido, al ser una de las características más importantes en ambos trastornos un estilo de apego inseguro, la literatura encuentra que existe una propensión por parte de estos individuos a involucrarse románticamente (Lachkar, 2004). La pareja narcisista-limítrofe es redefinida por Lachkar (2004) como conformada por dos individuos con una detención en el desarrollo, pareja que se obliga mutuamente a cumplir ciertos roles, a medida que cada uno trae a su realidad actual experiencias y emociones pasadas, formando un vínculo parasitario, simbiótico y codependiente, del cual se deriva un nuevo estancamiento.

Más aún, la investigación ha señalado que las parejas de individuos con TNP típicamente se presentan a terapia con síntomas de profunda impotencia, depresión, ansiedad, e intenso miedo, síntomas que se asemejan a los criterios diagnósticos de estrés post-traumático (PTSD, por sus siglas en inglés) y que oscurecen la capacidad del clínico para descifrar la presencia de un trastorno del Eje II (Schneider & Sadler, 2007). Es así que la presente investigación pretende conocer, a través de un análisis cuantitativo, cómo y hasta qué punto el tener una pareja con TNP afecta a la experiencia subjetiva de individuos con

TLP, pues los resultados pueden ser de gran utilidad en la práctica clínica, al conocer la presentación del TLP bajo dichas condiciones.

Antecedentes

Dentro del campo de la psicopatología, el concepto del TLP es relativamente nuevo. Dicho concepto no apareció en el DSM sino hasta la publicación del DSM-III en el año 1980 (Linehan, 1993). Los criterios diagnósticos que se enlistan en el DSM-III, DSM-III-TR y DSM-IV, fueron definidos bajo un consenso de varios comités formados por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) y se basaron en la combinación de las orientaciones teóricas de los miembros del comité, en información sobre cómo los psiquiatras practicantes utilizan el término, y en los resultados empíricos recolectados hasta la fecha (Linehan, 1993).

Los criterios más recientes para definir al TLP aparecen en el DSM-5 como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, además de una notable impulsividad (APA, 2013). No obstante, el campo de la psicología encuentra un gran vacío, pues los métodos para la selección de los criterios diagnósticos del TLP parecen estar basados en criterios clínicos y no tanto en derivaciones empíricas (Linehan, 1993). Según Andreasson et al. (2014), el TLP afecta aproximadamente del 1% al 2% de la población general y representa casi del 10% al 20% de pacientes psiquiátricos. Campo & D'Ascenzo (2011), afirman que el TLP es el trastorno más diagnosticado entre los TP (del 30 y el 60%), y que afecta mayoritariamente a las mujeres, en una relación de 1:3 respecto a los hombres. No obstante, es importante tener en cuenta que es probable que un gran número de casos pasen desapercibidos en la práctica clínica debido a una presentación distinta del trastorno, como por ejemplo la ausencia de conductas autolesivas. Además, como mencionan Campo y D'Ascenzo (2011), es posible que la cultura sea un motivo para que el TLP se corresponda en

el hombre con los trastornos antisocial y narcisista que, por motivos obvios característicos de ambos trastornos, acuden menos a consulta.

A pesar de que existe cierta investigación acerca de la experiencia subjetiva de pacientes que sufren del TLP, la investigación en general se ha limitado a utilizar medidas de auto-reporte e informes clínicos para evaluar la experiencia subjetiva de estos sujetos en relación a síntomas depresivos (Stanley & Wilson, 2006).

Hasta el momento, en el Ecuador no se ha realizado ningún análisis de las narrativas de dichos pacientes dentro de un contexto de psicoterapia, contexto en el que, en comparación a una entrevista de evaluación o a un cuestionario de auto-reporte, es más probable que las facetas de la experiencia individual surjan a la superficie. Más aún, a pesar de que existe investigación sobre terapia de para la pareja narcisista-limítrofe, no existen publicaciones acerca de la experiencia subjetiva de estos pacientes dentro de un contexto relacional, como tampoco las hay en la presencia de una pareja con trastorno narcisista de la personalidad.

En base a lo que se conoce acerca de la etiología, el curso, el desarrollo y las características del trastorno límite y narcisista de la personalidad, y sobre la propensión de estos individuos a involucrarse románticamente, la presente investigación pretende conocer cómo y hasta qué punto el tener una pareja con TNP afecta a la experiencia subjetiva de individuos con TLP (Corman, 1997; Gabbard, 2014).

El problema

En el Ecuador, las enfermedades psiquiátricas se definen como “la dificultad para relacionarse en el medio o para trabajar, sea por desórdenes cognitivos o psicológicos, teniendo por resultado trastornos en el comportamiento adaptativo” (SEMPLADES, 2010).

Según el Sistema Nacional de Información, el último censo realizado a la población ecuatoriana, tanto rural como urbana, reflejó que 59, 211.00 individuos presentaban entonces algún tipo de discapacidad psiquiátrica (SEMPLADES, 2010).

Sin embargo, después de haberse realizado una vasta búsqueda acerca de las investigaciones que en el Ecuador han prestado su atención al TLP, no se han encontrado resultados respecto a la prevalencia de dicho trastorno. Según el Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental, en el 2012, la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud encontró 69 casos de morbilidad en lo que se refiere a trastornos de la personalidad y de comportamiento en el adulto en los registros hospitalarios a nivel nacional (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Es importante añadir que, debido a su compleja presentación, los trastornos de la personalidad (TP) tienden a pasar desapercibidos o confundidos por otros trastornos en la práctica clínica. Más aún, a pesar de que se conoce que una de las características más importantes del TLP tiene que ver con la dificultad que estos individuos presentan en sus relaciones interpersonales, la mayoría de la investigación y los modelos terapéuticos propuestos para este trastorno, han volcado su atención al individuo, olvidando por completo el contexto relacional (Campo & D'Ascenzo, 2011).

Campo & D'Ascenzo (2011), enfatizan las grandes posibilidades que ofrece la perspectiva relacional en cuanto al TLP, pues además del trabajo terapéutico a través de la relación terapéutica, se considera de gran ayuda trabajar en conjunto con las relaciones significativas del individuo, aprovechando a la vez tanto los recursos individuales del paciente como los que nos ofrece el ecosistema. Así también, la investigación únicamente ha hecho uso de medidas de auto-reporte e informes clínicos para evaluar la experiencia subjetiva de estos pacientes. Hasta el momento, en el Ecuador, no se ha realizado ningún

análisis de las narrativas de pacientes con TLP dentro de un contexto de psicoterapia. La presente investigación busca, por tanto, desde una perspectiva relacional analizar la experiencia subjetiva de individuos con TLP que tengan o hayan atravesado por una relación con una pareja que cumpla con los criterios diagnósticos para el TNP. Es importante añadir que no se trata, sin embargo, de hacerlo inicialmente dentro de un contexto de terapia de pareja, pues la falta de empoderamiento del individuo con TLP, puede abrir un espacio para que el individuo con TNP termine por controlar la sesión terapéutica (Schneider & Saller, 2007). Más adelante se explicará a detalle la metodología utilizada en la investigación.

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto el haber atravesado por una relación con una pareja con trastorno narcisista de la personalidad (TNP) afecta a la experiencia subjetiva de individuos con trastorno límite de la personalidad (TLP)?

El significado del estudio.

A pesar de que existe cierta investigación acerca de la experiencia subjetiva de pacientes que sufren del TLP, la investigación en general se ha limitado a utilizar medidas de auto-reporte e informes clínicos para evaluar la experiencia subjetiva de estos sujetos en relación a síntomas depresivos (Stanley & Wilson, 2006). Hasta el momento, en el Ecuador no se ha realizado ningún análisis de las narrativas de dichos pacientes dentro de un contexto de psicoterapia. A pesar de que existe investigación sobre terapia de para la pareja narcisista-limítrofe, no existen publicaciones acerca de la experiencia subjetiva de pacientes con TLP dentro de un contexto relacional, como tampoco las hay en la presencia de una pareja con trastorno narcisista de la personalidad. Por tanto, el presente estudio es el primero en proponer conocer de la experiencia subjetiva a través del análisis de la narrativa del paciente

en individuos con TLP, que hayan atravesado por una relación con un individuo con TNP. La utilidad del estudio recae tanto en el proceso como el resultado terapéutico de ambos trastornos, pues a pesar de que existe vasta investigación acerca de la psicopatología y los trastornos de la personalidad, muy poco se ha publicado sobre cómo diagnosticar y tratar dichos trastornos dentro de un contexto relacional.

Resumen

El presente estudio busca investigar cómo y hasta qué punto el haber atravesado por una relación con una pareja con trastorno narcisista de la personalidad afecta la experiencia subjetiva de individuos con trastorno límite de la personalidad en la ciudad de Quito, Ecuador. La importancia del presente estudio radica en las contribuciones que los resultados obtenidos arrojen acerca del tratamiento tanto individual como relacional para esta población. A continuación se encuentra la revisión de la literatura donde se explica más a profundidad acerca de los trastornos de personalidad, específicamente acerca de los trastornos límite y narcisista de la personalidad, así como la contribución del apego en el desarrollo de la patología de la personalidad y, finalmente, sobre el funcionamiento de la pareja “narcisista-limítrofe”. Más adelante, se explica la metodología que se utilizará para analizar los resultados obtenidos en el estudio, el análisis de los resultados esperados, las conclusiones y la discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Revisión de literatura

Fuentes.

La información que se utiliza en la presente investigación proviene específicamente de revistas indexadas, libros, trabajos de investigación y artículos científicos. Para la presente revisión bibliográfica, se utilizaron palabras clave como por ejemplo trastornos de la personalidad, trastorno límite de personalidad, trastorno narcicista de la personalidad, apego, estilos de apego, estados mentales, metacognición, pareja narcicista-limítrofe, narcicismo, apego en la adultez, entre otras. La mayoría de la información fue obtenida de las siguientes bases de datos: EBSCO, Proquest y Jstor.

Formato de la revisión de la literatura

A continuación, se revisará la literatura acerca de la función del apego y el posible desarrollo de un trastorno de la personalidad y sobre el apego y su función en el desarrollo del TLP y del TNP. Además, se realiza una breve descripción acerca de la pareja narcicista limítrofe y, finalmente se indaga sobre los estados mentales e impacto en los trastornos de la personalidad.

La función del apego y el posible desarrollo de un trastorno de la personalidad.

El apego es un vínculo que emana de una persona hacia otra, y que encuentra sus raíces en las experiencias con el otro y en las expectativas de la seguridad y la comodidad que el otro puede proporcionar (Rubinstein, Tziner & Bilig 2012). Según la psicopatología del desarrollo, el vínculo temprano formado entre el niño y el cuidador principal puede actuar como factor de protección, o por el contrario de riesgo y vulnerabilidad, frente a la experiencia individual (Moneta, 2005). La teoría del apego, se basa principalmente en el

trabajo de Bowlby (1973, 1980, 1982, 1988), quien subrayó la importancia del vínculo niño-cuidador para el desarrollo individual y para la construcción de relaciones posteriores. Según su teoría, la reacción de las figuras de apego a las necesidades del niño, puede significar uno de los momentos de estrés más significativos en la experiencia individual, afectando, por lo general, la salud mental, la regulación del afecto y las relaciones interpersonales del individuo (Bowlby, 1973, 1983).

En este sentido, el niño tenderá a desarrollar un estilo de apego seguro si percibe que la figura de apego está disponible y responde a sus señales de socorro (Kobak & Sceery, 2013). La angustia que experimenta el niño tenderá a regularse entonces, a través de estrategias adaptativas que impliquen la búsqueda activa de comodidad y de apoyo por parte de la figura de apego (Kobak & Sceery, 2013). Por el contrario, si el niño percibe que la figura de apego rechaza su intento de obtener consuelo o muestra una disponibilidad inconsistente a su demanda, la angustia que experimenta puede asociarse al desarrollo de un estilo de apego inseguro (ansioso o evitativo) donde la ira y/o la ansiedad, serán los modos alternativos que se utilicen para hacer frente a la angustia (Kobak & Sceery, 2013).

Por otro lado, más allá de la “sensibilidad materna”, otros autores han propuesto al temperamento y a la tolerancia a la frustración como una de las variables determinantes en el desarrollo de algún estilo de apego en particular. Corman (1997), hizo énfasis en apreciar la frustración en función de la subjetividad de quién la sufre, pues niños con temperamentos distintos reaccionan de modo diferente ante una misma frustración. Esto es, en términos del modelo de desarrollo esbozado por Kernberg (1972, citado en Slavinska-Holy, 1984), tanto en el TLP como en los pacientes con TNP, existe una fijación en la misma etapa de desarrollo, que se caracteriza por la incapacidad de integrar los atributos "malos" (negativo) y "buenos" (positivo) del yo y del objeto de representación, en este caso del cuidador principal; donde el

segmento que contiene las valencias negativas, amenaza continuamente la pérdida de las representaciones positivas del yo y del objeto, resultando en la separación de los atributos buenos y malos en ambos casos. Como señaló Sandler (2003): "Podemos hablar de apego entre una persona y un objeto de fantasía, así como podemos hablar de apego sobre los objetos externos reales en la vida de la persona" (p.6).

El apego como un sistema de comportamiento biológicamente influenciado.

Estudios interesados en comprender la relación existente entre los distintos tipos de apego y la fisiología subyacente, han utilizado medidas de la actividad galvánica de la piel (EDA, por sus siglas en inglés) y del ritmo cardiaco para obtener una conceptualización del apego en términos de un sistema de comportamiento biológicamente influenciado.

Dozier & Kobak (1992) evaluaron las estrategias de apego primarias y secundarias a través del Adult Attachment Interview en una muestra de 50 sujetos universitarios de la Universidad de Trinity (39 mujeres y 11 hombres), cuya edad oscilaba entre los 18 y 21 años. Los estudiantes que aceptaron participar en el estudio completaron el AAI (Dozier & Kobak, 1992). Los autores basaron su investigación en las estrategias de apego, el procesamiento de información y el sistema de comportamiento del apego.

Los niños que, en respuesta a sus señales de apego, reciben un tipo de reacción insensible o de rechazo por parte de su cuidador principal, tienen la creencia de que buscar activamente el contacto con el padre (estrategia principal del sistema de apego) conducirá a un rechazo adicional y causará un conflicto interno dolorosos (Dozier & Kobak, 1992). Así, de acuerdo con el entendimiento de Main (1990, citado en Dozier & Kobak, 1992), cuando las estrategias de apego primarias (seguras) no producen resultados positivos, a fin de reducir el conflicto emocional interno, el niño desarrolla una estrategia de apego "condicional

secundaria” (Dozier & Kobak, 1992). Dicha estrategia consiste en anular, manipular o interrumpir la salida conductual natural del sistema de comportamiento del apego.

La hipótesis central de esta investigación fue que los sujetos que emplean estrategias de apego secundarias, experimentarán una mayor inhibición a lo largo de la entrevista (AAI), buscando reducir o esquivar el afecto negativo, y por tanto, presentan una actividad galvánica más elevada que aquellos sujetos que emplean otras estrategias (Dozier & Kobar, 1992).

Como era de esperar, el estudio encontró que aquellos sujetos que usaron estrategias secundarias de desactivación afectiva mostraron mayores aumentos en la conductancia de la piel en las tres preguntas de la entrevista que les pedían que consideraran separaciones reales y amenazantes o rechazo percibidos de sus padres (Dozier & Kobar, 1992). No obstante, es preciso tener en cuenta que la muestra que utilizó esta investigación no es lo suficientemente grande como para generalizar los resultados y que, en cuanto a su representatividad, la muestra del estudio no especifica necesariamente si los individuos que formaron parte del estudio cumplían o no con los criterios para ser diagnosticados con un trastorno de la personalidad.

Recientemente, Diamond et al. (2006) replicaron dichos hallazgos en una muestra de 148 adultos que fueron sometidos a factores de estrés psicológicos y a discusiones de problemas relacionados con el apego, mientras que se monitoreaba su nivel de conductancia de la piel (SCL, por sus siglas en inglés).

Los autores encontraron que el estilo de apego evitativo se encuentra íntimamente asociado a una elevación en la actividad galvánica durante preguntas de abandono o rechazo respecto a relaciones pasadas cercanas, confirmando el hecho de que individuos con estilo de apego evitativo, a pesar de reportar desinterés, pueden tener dificultad en regular emociones negativas de alta intensidad vinculadas a relaciones significativas (Diamond et al., 2006).

A pesar de que se encontraron diferencias en la activación galvánica entre individuos con estilo de apego evitativo e individuos con un estilo de apego ansioso, la evidencia sugiere que en ambos grupos, el auto-reporte de reactividad es inconsistente con su reactividad fisiológica, indicando que individuos con apego inseguro (sea este evitativo o ansioso), tienden a utilizar estrategias de defensa inefectivas para regular su excitación fisiológica frente a emociones negativas de alta intensidad (Diamond et al., 2006).

Por otro lado, Sroufe & Walters (1977), haciendo uso de la Situación Extraña diseñada por Ainsworth et al. (1978), en la que se identificó tres tipos de apego (seguro, ansioso-ambivalente y evitativo), encontraron cambios diferenciales de frecuencia cardíaca en niños con apego seguro e inseguro respectivamente. Sus resultados fueron los primeros en sugerir que un estilo de apego inseguro, a primera vista caracterizado por una aparente calma e indiferencia frente al cuidador principal, puede en realidad constituir una defensa frente a la angustia que experimenta el niño, como un intento inefectivo de regular el afecto negativo causado por la separación (Sroufe & Walters, 1977).

Si bien existen varios estudios acerca de la relación existente entre el estilo de apego inseguro y el posterior desarrollo de un trastorno de la personalidad, la investigación en general se ha limitado a relacionar ciertos estilos de apego con trastornos específicos de la personalidad, dejando de lado otros aspectos concernientes a la práctica clínica. Se considera de gran utilidad, por lo tanto, conocer cómo en un intento de saciar sus vacíos emocionales, individuos con TLP y TNP tienden a involucrarse en una relación de pareja (pues debido a la presentación clínica de dichos trastornos, es probable que en apariencia tiendan a complementarse). De ser así, tanto el proceso como el resultado terapéutico de ambos trastornos se vería afectado, pues a pesar de que existe vasta investigación acerca de la

psicopatología y los trastornos de la personalidad, muy poco se ha publicado sobre cómo diagnosticar y tratar dichos trastornos dentro de un contexto relacional.

El apego y su función en el desarrollo de los trastornos límite y narcisista de la personalidad.

El apego y el trastorno límite de la personalidad.

El DSM-5 define al TLP como un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales y en la autoimagen (APA, 2013). Enfatiza en la impulsividad como una de las características esenciales del TLP, trastorno que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una gran variedad de contextos (APA, 2013). El manual describe cómo, en un intento por evitar el abandono percibido ante una separación inminente o rechazo, individuos con TLP hacen esfuerzos frenéticos (como el involucrarse en conductas autolesivas o comportamientos suicidas) para evitarlo (APA, 2013).

El TLP ha sido conceptualizado como una constelación de síntomas relacionados a problemas de auto-funcionamiento, regulación emocional y dificultades en las relaciones interpersonales (Steele et al., 2015). Dicho trastorno caracteriza por ser una condición en la cual las personas experimentan dificultad para estar solos, inestabilidad emocional, problemas en el control de los impulsos, sentimientos crónicos de vacío y un intenso miedo a ser abandonados (Hooley & St. Germain, 2009, citado en Hooley et al., 2012).

Dicha percepción de abandono, puede conducir a cambios profundos en la autoimagen, el afecto, la cognición, y el comportamiento en estos pacientes (APA, 2013). Individuos con TLP son altamente sensibles a las circunstancias ambientales y pueden llegar a creer que el "abandono", real o percibido, implica que hay algo "malo" o "dañado" en sí mismos (APA, 2013). Es importante resaltar que el miedo al abandono experimentado por

estos individuos, está relacionado a la necesidad constante de tener a otras personas a su lado (APA, 2013).

Su etiología ha sido relacionada principalmente al medio ambiente que rodeó la primera infancia del individuo, a las primeras relaciones de cuidado y protección, y a los acontecimientos traumáticos de la vida en las primeras etapas del desarrollo (Steele et al., 2015). En efecto, teorías clínicas sugieren que dentro de los antecedentes de adultos diagnosticados con TLP, a menudo se encuentra adversidad severa en las primeras relaciones, maltrato y, por lo general, algún tipo de trauma (Linehan, 1993; Fonagy et al., 1996, citado en Steele et al., 2015).

A pesar de que no existe un entendimiento completo de su etiología, la investigación encuentra que la exposición temprana a un estilo de crianza en la cual los cuidadores principales responden de forma inconsistente ante las demandas del niño, son indiferentes o excesivamente controladores, contribuye a la formación de esquemas de relacionales desadaptativos y al desarrollo de estilos de apego problemáticos, centrales en dicho trastorno (Bateman & Fonagy, 2003; Levy, 2005, citados en Hooley et al., 2012).

A través del Adult Attachment Interview (AAI), en el cual se pide a los sujetos que reflexionen y discutan sobre sus primeras relaciones, individuos con TLP muestran una narrativa autobiográfica que se presenta con cambios dramáticos entre indiferencia o distancia hacia la figura de apego en un punto de la entrevista, y preocupación, ira y resentimiento, en otros puntos de la entrevista (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985, citado en Steele et al., 2015). La investigación en el rol del apego y el posterior desarrollo del TLP sugiere que la mayoría de los adultos con características de personalidad limítrofe muestran un tipo de apego preocupado o ansioso y grandes muestras de ira sin resolver (Agrawal et al., 2004, Barone, 2003; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008; Agrawal, Gunderson, Holmes &

Lyons-Ruth, 2004; Levy, 2005, citados en Steele et al., 2015). Este tipo de apego se caracteriza por su pasividad, ira e inmadurez, y por un temor incesante en las relaciones, a pesar de un deseo urgente de conectarse significativamente con el otro (Steele et al., 2015). Estos individuos reportan experimentar menos amor, más rechazo, y más inversión de papeles en sus relaciones infantiles con sus cuidadores principales (Barone, 2003, citado en Steele et al., 2015). Además, suelen presentar algún tipo de trastorno afectivo (Rosenstein y Horowitz, 1996, citados en Steele et al., 2015).

Se ha hecho hincapié en que las relaciones de apego desorganizadas e inseguras son problemáticas y están relacionadas con el desarrollo de la patología de la personalidad, pues tienden a frenar el desarrollo de la capacidad de verbalizar, representar y regular eficazmente el afecto, lo que a su vez conduce a un sentido de sí mismo fracturado que interfiere con la atención, el comportamiento y las relaciones interpersonales (Steele et al., 2015). Estos hallazgos apoyan la teoría de Bowlby de que las representaciones internas o modelos internos son el vehículo a través del cual las primeras experiencias continúan impactando las adaptaciones y la psicopatología a lo largo de la vida (Steele et al., 2015).

Carlson et al. (2009) analizaron los antecedentes y el desarrollo de los síntomas del TLP en un estudio prospectivo (desde la infancia hasta la edad adulta) utilizando datos longitudinales de una muestra en riesgo (N=162, 82 varones, 80 mujeres). Los recuentos de síntomas del TLP se derivaron de una entrevista clínica estructurada para trastornos del DSM (Structured Clinical Interview for DSM Disorders diagnostic interview), a los 28 años de edad de los sujetos (Carlson et al., 2009).

Análisis correlacionales confirmaron las relaciones esperadas entre los síntomas límite y la alteración actual de los participantes (por ejemplo, comportamiento auto-lesivos, síntomas disociativos, uso de drogas, violencia relacional), así como con la historia de

maltrato (Carlson et al., 2009). Antecedentes de correlación y análisis de regresión revelaron vínculos significativos entre los síntomas límite en la edad adulta, el temperamento y el medio ambiente (por ejemplo, la desorganización de apego, la hostilidad de los padres) en la primera infancia y la perturbación a través de los dominios del funcionamiento del niño, relación, auto-representación) en la niñez media / adolescencia temprana (Carlson et al., 2009)..

Análisis de procesos revelaron un efecto mediador significativo de la auto-representación en la relación entre la desorganización del apego y los síntomas límite (Carlson et al., 2009). Bajo un marco psicopatológico de desarrollo en el que la perturbación en los procesos propios se construye a través de sucesivas transacciones entre el individuo y el medio ambiente, los resultados confirmaron relaciones entre síntomas del trastorno límite de la personalidad en la edad adulta y la historia temprana de maltrato en estos individuos (Carlson et al., 2009).

A pesar de las contribuciones de este estudio a la literatura sobre los fenómenos del TLP, muchas de las características que refuerzan estos hallazgos, introducen limitaciones (Carlson et al., 2009). Es importante mencionar que el tamaño de la muestra limita la complejidad de los análisis, particularmente en la capacidad de examinar las diferencias de género, la especificidad predictiva y los procesos interactivos (Carlson et al., 2009). Más allá de las características únicas de la muestra y del diseño del estudio, las limitaciones metodológicas en este estudio son esperable y sugieren la dirección para investigaciones posteriores respecto a esta psicopatología (Carlson et al., 2009).

De igual forma, análisis de correlación y regresión revelaron vínculos significativos entre los síntomas límite de la personalidad en la edad adulta, perturbaciones endógenas (temperamento) y ambientales (apego desorganizado, hostilidad de los padres) en la primera

infancia, y perturbaciones en la infancia media y adolescencia temprana respecto a los dominios de funcionamiento del niño (atención, emoción, comportamiento, relaciones interpersonales y auto-representación; Carlson et al., 2009).

Dicho estudio sugiere que los síntomas del TLP en adultos, reflejan un largo proceso de desarrollo, multi-determinado, cuyas bases se encuentran en los primeros años de vida (Lenzenweger y CIC CHETTI, 2005; Sroufe, 1997, citado en Carlson et al., 2009). Los autores concluyen en que una experiencia negativa de crianza a lo largo de la infancia temprana, puede ser un factor crucial en el inicio de esta perturbación en el desarrollo de la personalidad (Carlson et al., 2009).

Lyons-Ruth y colaboradores (2013) trazaron la trayectoria de 56 familias de bajos ingresos, empezando por las observaciones de las interacciones entre padres e hijos en la infancia y la niñez media, con evaluaciones posteriores en la adolescencia tardía. Los participantes fueron evaluados a los 18 meses de edad usando el Paradigma de Situación Extraña original (Ainsworth et al., 1978, citado en Lyons-Ruth et al., 2013). Además de ser analizados con el sistema de Ainsworth, sus evaluaciones de la Situación Extraña también fueron codificadas en cuanto a interrupción de la comunicación maternal usando el sistema de codificación AMBIANCE desarrollado por Bronfman, Parsons y Lyons-Ruth (1999, citado en Lyons-Ruth et al., 2013). Esta medida identifica específicamente los errores de comunicación afectiva, la confusión de roles, el comportamiento intrusivo-negativo, la desorientación y la retirada en el contexto de la relación padre-hijo (Lyons-Ruth et al, 2013).

Curiosamente, el predictor más poderoso de los futuros síntomas del TLP en el adolescente, suicidio y auto-lesión, fue la retirada materna en el contexto del Paradigma de Situación Extraña evaluado en la infancia (Lyons-Ruth et al, 2013). Por otro lado, los autores encontraron que el abuso infantil fue un factor predictor del TLP, únicamente en relación la

“abstinencia materna” (Lyons-Ruth et al, 2013). Los adolescentes que mostraron síntomas de TLP también tenían más probabilidades de participar en comportamientos punitivos o de cuidado hacia sus padres, así como de presentar un comportamiento desorganizado e inexplicable a los 8 años de edad (Lyons-Ruth et al., 2013). Basado en estos hallazgos, Lyons-Ruth y sus colegas (2013) teorizan que la abstinencia materna y la confusión de roles durante la infancia, no sólo conducen a patrones de apego desorganizados, sino que también conducen al niño a jugar un papel de control como una forma de tratar de organizar el comportamiento de su padre, figura que hasta el momento ha sido incapaz de satisfacer sus necesidades.

No obstante, los autores hacen una advertencia importante para el campo en relación a los resultados, pues no se puede juzgar, sobre la base de datos correlacionales, si las alteraciones en las relaciones entre padres e hijos son adaptaciones del niño a las perturbaciones en la crianza respecto a sus padres o si estas alteraciones se deben a las adaptaciones de los padres a la perturbación infantil emergente, o si, por el contrario, son el resultado de ambas (Lyons-Ruth et al., 2013). Por otro lado, dado los nexos entre los síntomas del TLP y los factores genéticos, es posible que un niño sea más reactivo al estrés que otro, pues el genotipo podría generar en el niño una mayor persistencia en cuanto al contacto con su figura de apego, lo que podría conducir a su vez a una mayor retirada del cuidador, particularmente si los padres son genéticamente vulnerables al estrés (Lyons-Ruth et al., 2013).

En otro estudio, Lyons-Ruth et al. (2013b) encontraron un vínculo directo entre la ausencia materna, los intentos de proximidad emocional y la auto-lesión del lactante a los 20 años de edad, independientemente de las experiencias traumáticas entre la infancia y la adolescencia tardía. La muestra consistió en 56 adolescentes cuya edad promedio era 19,9

años, provenientes de familias de bajos ingresos. La investigación consistió en un estudio longitudinal (desde la infancia, 18 meses; Lyons-Ruth et al., 2013b). Los participantes fueron evaluados con el SCID-II para los síntomas de TLP (Lyons-Ruth et al., 2013b). La seguridad del apego y la interacción entre padres e hijos fue analizada a partir de grabaciones familiares desde los 18 meses a 8 años del niño (Lyons-Ruth et al., 2013b). La gravedad del abuso infantil se evaluó a partir de entrevistas clínicas y medidas de auto-reporte (Lyons-Ruth et al., 2013b).

Los resultados sugirieron que la retirada materna en la infancia, es un predictor significativo tanto de los síntomas límite, como del suicidio y auto-lesión en la adolescencia tardía (Lyons-Ruth et al., 2013b). Por otro lado, el efecto de la retirada materna fue independiente de, y aditiva a, la variabilidad explicada por la gravedad del abuso infantil (Lyons-Ruth et al., 2013b). Así, los síntomas límite y el suicidio / auto-lesión, pueden ser precedidos por interacciones perturbadas en el desarrollo infantil desde los 18 meses de edad (Lyons-Ruth et al., 2013b). Además, los autores concluyen que, debido a que los adolescentes con rasgos del TLP muestran limitaciones en su comprensión de los estados mentales, tanto propios como ajenos, y son incapaces de expresar sus emociones simbólicamente, estos individuos son más propensos a expresarlas de forma física a través de la auto-lesión (Lyons-Ruth et al., 2013b).

Fonagy (2000) propone que la autolesión sirve también como un ataque al aspecto intolerable del self, aquel que ya no puede proyectarse sobre el "otro" y que es experimentado como un "reflejo" del yo, de la misma forma en que sucede en los casos de abandono percibido. Alternativamente, aquellos individuos con apego ansioso, cuyos padres no estaban disponibles han aprendido a maximizar la angustia para obtener una respuesta de sus cuidadores (Steele et al., 2015). Esta estrategia crea un ciclo doloroso de emotividad negativa

que no encuentra confort en el rechazo y que es experimentado por el individuo junto con sentimientos profundos de abandono (Barone, 2003). Este ciclo da como resultado conductas mal-adaptativas (conductas autolesivas e intentos suicidas) como una forma de escape ante las emociones negativas que son experimentadas como insufribles por el individuo, o como un intento de influir o buscar ayuda de otros (Barone, 2003).

Cuando la capacidad de expresar y procesar experiencias afectivas se ve comprometida por la ausencia de apoyo y protección de un cuidador frente a experiencias abrumadoras, las vías normales para metabolizar emociones se ven interrumpidas (Steele et al., 2015). Como consecuencia, los individuos esperan no poder obtener consuelo cuando están emocionalmente angustiados e incluso, esperan que sus expresiones emocionales molesten a sus cuidadores (Steele et al., 2015). Es así que en la niñez y en la adolescencia, estos individuos desarrollan estrategias alternativas de afrontamiento, como por ejemplo, el reprimir recuerdos negativos, absorber su enojo, o actuar sus emociones, estrategias que en última instancia son menos efectivas y que a largo plazo resultan en un sentido desorganizado del sí mismo (Carlson et al., 2009, Cicchetti y Toth, 1995, Fonagy y Bateman, 2006, citados en Steele et al., 2015).

Partiendo de que la desregulación emocional y la inseguridad del apego han sido reportados en la literatura que describe al TLP, Morse et al. (2005), buscaron comprender la interacción entre la ira, el estilo de apego preocupado y la disfunción social (la mala regulación de las emociones y el comportamientos frente a las demandas de los diferentes dominios sociales) en el desarrollo del TLP.

La muestra del estudio consistió en 128 pacientes psiquiátricos (Morse et al., 2005). Para conformar la muestra, se reclutaron tres grupos: pacientes con TLP, pacientes con otros trastornos de la personalidad y pacientes que sufrían de algún trastornos del Eje I

(principalmente depresión y ansiedad), pero que no habían sido diagnosticados con ningún trastorno de la personalidad (Morse et al., 2005). La edad promedio del grupo fue de 37.9 años (SD = 10,7, rango = 21 a 60; Morse et al., 2005). Del total de la muestra, 96 de los pacientes eran mujeres (75%; Morse et al., 2005). La mayoría de los participantes eran blancos (96; 75%) y, respecto a la minoría reclutada, el mayor porcentaje de la muestra fue afroamericana (30 de 32, 94%).

Los autores encontraron que una emotividad negativa (particularmente la ira), un estilo de apego preocupado (ansioso) y ciertas limitaciones en la organización social, contribuyen tanto de forma independiente como al interactuar, al desarrollo de TLP. Los resultados sugieren que el TLP está asociado con (a) una propensión general a la ira, (b) altos niveles de emotividad negativa especialmente en relación a las figuras de apego (tal y como se evidencia en el estilo de apego ansioso o preocupado), y (c) dificultades en la regulación emocional y comportamental durante la interacción social (Morse et al., 2005).

A partir de análisis de regresión, los autores encontraron que la interacción entre la ira y la desorganización del dominio funciona como predictor de los rasgos de TLP (Morse et al., 2005). Por otro lado, a través de análisis de partición recursiva, el estudio identificó dos posibles vías para el desarrollo del TLP: una alta ira combinada con una alta disfunción social y una baja ira con un apego preocupado o ansioso (Morse et al., 2005). Estos resultados sugieren posibles subtipos del TLP o, a su vez, posibles mecanismos mediante los cuales se establecen y mantienen los rasgos del TLP (Morse et al., 2005).

No obstante, la propensión a la ira, el apego y la desorganización del dominio social, merecen una investigación más profunda como para ser considerados mecanismos en el TLP y, en particular, requieren un estudio prospectivo para determinar su papel en la aparición y mantenimiento del TLP (Morse et al., 2005).

El apego y el trastorno narcisista de la personalidad.

La característica esencial del TNP es un patrón generalizado de grandiosidad, una necesidad constante de admiración y falta de empatía (APA, 2013). Dicho trastorno comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos (APA, 2013). Dentro de los criterios diagnósticos que se describen en el DSM-5 encontramos que individuos con este trastorno tienen un sentido elevado de autoestima (APA, 2013). A menudo, este sentido grandioso de sí mismos se presenta a través de los juicios “inflados” acerca de sí mismos pues, además, tienden a subestimar o devaluar las contribuciones de otros en sus logros (APA, 2013).

Los individuos con TNP están a menudo fantaseando con el éxito, el poder, la brillantez, la belleza o el amor ideal (APA, 2013). Dichos individuos creen que son superiores, especiales o únicos y esperan que otros los reconozcan y los traten como tal (APA, 2013). Este sentido especial de derecho, combinado con una falta de sensibilidad a los deseos y necesidades de los demás, puede resultar en la explotación consciente o involuntaria de los que los rodean (APA, 2013). Más aún, estos individuos, por lo general muestra una gran envidia hacia otros o tienden a creer que los demás los envidian (APA, 2013).

No existe mucha investigación empírica acerca de este trastorno, y gran parte de la literatura disponible es de naturaleza teórica o clínica (Levy, 2009). Dicho concepto fue utilizado por primera vez por Waelder en 1925 para referirse a un tipo de carácter o personalidad específico (Levy, 2009). El artículo clásico de Freud “On Narcissism” fue publicado en 1914 (Akhtar & Thompson, 1982). Sin embargo, Freud habló por primera vez del narcisismo como un tipo de carácter en el año 1931, y más tarde, entre los años 30 y 60, varios teóricos discutieron su etiología y sus principales características (Levy, 2009).

Finalmente, en 1967, Kernberg presenta una descripción clínica de la estructura de la personalidad narcisista entendida dentro de una más amplia organización límite de la personalidad (Levy, 2009). Sin embargo, fue Kohut, quien en 1968 introduce al campo el término “trastorno narcisista de la personalidad”; término que fue oficialmente incluido en la nosología con la aparición del DSM-III (Levy, 2009). En cuanto a su prevalencia, las estimaciones de este desorden, en base a las definiciones del DSM-5, varían del 0% al 6,2% en muestras de la comunidad general (APA, 2013). No existen estadísticas de este desorden en el Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Para los propósitos de este trabajo, además de la teoría del apego, se utilizará el enfoque de la psicología del self, también llamada psicología del sí mismo, propuesta por Kohut, a fin de proporcionar un entendimiento relacional acerca del TNP, pues se considera que es únicamente en base la interacción con el otro, que se puede buscar conceptualizar un trastorno de la personalidad. El fin de esta base teórica es volver evidente que el narcisismo forma parte de una matriz que es a la vez relacional e intrapsíquica.

Kohut (1971) consideró al narcisismo como un estancamiento en el proceso de desarrollo y conceptualizó a las “ilusiones narcisistas” que surgen posteriormente en la vida del individuo como indicadores de un déficit en las funciones parentales y en la estructura intrapsíquica del yo, lo que sugiere que en su entendimiento, estaba presente de alguna forma el concepto del “apego” y su influencia en el desarrollo de la patología narcisista. Los pacientes en los que dichas ilusiones se hacen evidentes en psicoterapia, en forma de “idealización” y “grandiosidad”, parecen estar demostrando su deseo de satisfacer necesidades que no fueron satisfechas a través de sus relaciones infantiles (Kohut, 1971). Siguiendo esta línea de pensamiento, estos pacientes presentan en realidad una detención en

el desarrollo “normal” y necesitan de esta idealización para prevenir la fragmentación del yo (Gabbard, 2000).

De acuerdo a Bacal y Newman (1990, citados en Czuchta Romano, 2004) la psicología del self consiste, en última instancia, en el estado del self, es decir, del sí mismo. Dicha propuesta, abarca una perspectiva de las relaciones objetales en la que la relación entre el yo y el objeto es de vital importancia para lograr entender el estado del yo (Czuchta Romano, 2004). Kohut y Wolf (1978) exponen al self como una estructura psíquica que representa el núcleo de nuestra personalidad, estructura cuyo proceso de desarrollo encuentra sus bases en el nacimiento del individuo y que depende en gran medida del ambiente, sobre todo, de las interacciones entre el yo y el objeto (figura de apego) a lo largo de la infancia.

El desarrollo de un self cohesivo y saludable o por el contrario, de un self frágil o fragmentado, surge de la interacción con aquellas figuras significativas en la primera infancia (Czuchta Romano, 2004). En este sentido, las relaciones objetales son valoradas por el self, en cuanto a las funciones internas y la estabilidad emocional que proveen o que son percibidas por el yo (Czuchta Romano, 2004). Por tanto, dichas relaciones sirven como fuente de estructura y cohesión en la estructura psíquica, donde el fracaso de las primeras relaciones objetales en proporcionar experiencias que nutran el sentido del yo en el individuo, tiende a producir la detención en el desarrollo más grave (Czuchta Romano, 2004). Es así que Kohut (1997) conceptualizó al narcisismo como un trastorno en el que un self debilitado o deficiente, resulta el núcleo de la patología; conceptualizó al yo narcisista como a un yo "normal", arcaico, un yo que simplemente se congeló en una de las primeras etapas del desarrollo (Gabbard, 2014). En otras palabras, para Kohut, el paciente narcisista es un niño atrapado en el cuerpo de un adulto (Gabbard, 2014).

Así, cuando se habla de vulnerabilidades narcisistas, se habla de las vulnerabilidades del self. Dichas vulnerabilidades incluyen problemas con la regulación de la autoestima, problemas de identidad y de auto-definición, y problemas en el cambio entre diferentes estados del self, es decir, conjuntos distintos de emociones, sensaciones e ideas (Rosegrant, 2012). Todas estas dificultades, son al mismo tiempo experimentados por estos individuos como problemas al relacionarse con otras personas (Rosegrant, 2012). Esta íntima relación entre la experiencia del yo y del otro, existe debido a que en un inicio, antes del proceso de separación-individuación, todos comenzamos nuestra existencia en un estado en que nuestra experiencia y la de los demás se vive indiferenciadamente (Rosegrant, 2012). De esta manera, todo el desarrollo psicológico temprano se lleva a cabo en una matriz de interacción con el cuidador principal. El self comienza entones, parcialmente fusionado con la madre, y permanece siempre en relación con los demás (Rosegrat, 2012).

Sin embargo, Corman (1977) nos recuerda que a diferencia de lo que ocurre en el desarrollo normal, en el que ante la separación, la búsqueda de proximidad y cuidado es esperable, en el repliegue narcisista, los sujetos suelen expresar una ruptura más o menos completa en las relaciones afectivas con el mundo que los rodea. En el TNP, dicha ruptura, refleja el intento del individuo de evitar sentir la angustia que trae el mantenimiento del contacto con el otro (Corman, 1997). No obstante, la indiferencia afectiva que muestra el sujeto narcisista, no es más que una actitud de defensa frente a un sentimiento intolerable de decepción afectiva (Corman, 1997). Es importante mencionar que, detrás de la euforia e indiferencia aparente que muestran los sujetos narcisistas, existe un profundo vacío afectivo que a menudo los conduce a la depresión (Corman, 1997). Estos pacientes tienden a desear profundamente y devaluar al mismo tiempo la cercanía emocional, y como resultado, a

menudo se encuentran a sí mismos en un estado de “parálisis” en su vida social o relacional (Diamond & Meehan, 2013).

La principal controversia en torno a la comprensión teórica del TNP ha girado en torno a los ejemplares de Kernberg y Kohut (Gabbard, 2014). Mientras que la teoría de las relaciones objetales enfatiza las representaciones del yo y del objeto, la psicología del yo, resalta cómo las relaciones externas sirven al individuo para mantener la autoestima y la auto cohesión de la estructura psíquica (Gabbard, 2014). Desde el punto de vista del crecimiento y desarrollo del yo, el “otro” no es considerado como una persona independiente, sino que es vista como el objeto cuya función es la de satisfacer las necesidades del yo narcisista, como lo son por ejemplo la validación y admiración (Gabbard, 2014).

A pesar de que el TNP ha recibido relativamente poca atención empírica, Russ y colaboradores (2008) diseñaron un estudio para proporcionar un retrato empíricamente válido y clínicamente rico sobre el TNP, buscando además identificar subtipos de dicha patología. La muestra del estudio fue constituida por psiquiatras y psicólogos clínicos (N = 1.201) seleccionados al azar, cuya tarea era la de describir a un paciente, también seleccionado al azar, con un trastorno de la personalidad (Russ et al., 2008). Los clínicos proporcionaron descripciones psicológicas detalladas del paciente, usando el Shedler-Westen Assessment Procedure-II (SWAP-II), completaron una lista de comprobación de los criterios diagnósticos del eje II, y proporcionaron calificaciones para cada trastorno de la personalidad (Russ et al., 2008).

Las descripciones de pacientes narcisistas, basadas en puntajes de elementos SWAP-II, tanto crudos como estandarizados, se agregaron para identificar las características más distintivas del TNP (Russ et al., 2008). Los resultados arrojaron que un total de 255 pacientes cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TNP, 122 pacientes

también lo hicieron en base a las calificaciones proporcionadas por los clínicos y, 101 pacientes cumplieron con el criterio diagnóstico utilizando ambos métodos (Russ et al., 2008).

A partir de un análisis de factor Q, se logró identificar tres subtipos de trastorno de personalidad narcisista, que los autores calificaron de la siguiente manera: a. grandioso/maligno, b. frágil y c. de alto funcionamiento / exhibicionista (Russ et al., 2008). Las características centrales del trastorno, algunas de las cuales están ausentes en la descripción del DSM-IV para el TNP, incluyeron: la vulnerabilidad interpersonal y la angustia emocional subyacente, junto con la ira, la dificultad en regular el afecto y la competitividad interpersonal (Russ et al., 2008).

Estos hallazgos sugieren, entre otras cosas, que los criterios del DSM-IV para el TNP, son demasiado estrechos y que hacen poco énfasis en la personalidad en cuanto a la experiencia interna (Russ et al., 2008). El identificar subtipos o diferentes presentaciones del TNP, conlleva a grandes implicaciones de tratamiento y, puede ayudar a salvar la brecha entre los conceptos empíricos y clínicos que se han derivado en el proceso de estudiar dicho trastorno (Russ et al., 2008).

Por otro lado, Bowlby (1973) propuso que dicho trastorno es el resultado de modelos internos de funcionamiento inseguros, particularmente de carácter evitativo y actitud indiferente respecto a las figuras de apego, pues tales figuras fueron experimentadas por el individuo como emocionalmente inaccesibles y como fuentes de rechazo.

Una serie de estudios han hecho uso de diferentes herramientas de evaluación para estudiar la asociación entre el TNP y el tipo de apego subyacente. A partir de diferentes metodologías, como por ejemplo, entrevistas estandarizadas (Adult Attachment Interview, AAI, por sus siglas en inglés) y medidas de auto-reporte (Experience of Close Relationship

Questionnaire, ECR, por sus siglas en inglés), la investigación encuentra que individuos con modelos de funcionamiento de apego de tipo indiferente-evitativo, describen a sus figuras de apego con desprecio y/o con una especie de idealización “quebradiza”, actitud que no encuentra justificación en memorias específicas de la experiencia temprana. Por ejemplo, Rosenstein & Horowitz (1996) fueron los pioneros en realizar un estudio haciendo uso de la AAI con una población psicopatológica hospitalizada de adolescentes, además de ser el primer estudio en realizar una evaluación concurrente de la organización del apego desde una perspectiva generacional.

La muestra fue conformada por 60 adolescentes (32 varones, 28 mujeres) ingresados en un hospital psiquiátrico privado y 27 de sus madres (Rosenstein & Horowitz, 1996). Las edades de los adolescentes oscilaron entre 13,08 y 19,75 años ($M = 16,36$ años; Rosenstein & Horowitz, 1996). Los participantes eran predominantemente blancos (95%; Rosenstein & Horowitz, 1996). Los adolescentes fueron sometidos a una evaluación diagnóstica de la personalidad a través de la herramienta de evaluación Structured Clinical Interview for Diagnosis-Patient (SCID-P, por sus siglas en inglés, Spitzer, Williams, y Gibbon, 1987, citado en Rosenstein & Horowitz, 1996). Tanto a los adolescentes como a las madres, atravesaron por la AAI (Rosenstein & Horowitz, 1996). La AAI es una entrevista semiestructurada diseñada para obtener recuerdos de las interacciones infantiles con los padres (Rosenstein & Horowitz, 1996).

La entrevista proporciona una clasificación de apego basada en el estado actual de organización mental expresado en la coherencia del pensamiento y el sentimiento con respecto al apego (Rosenstein & Horowitz, 1996). La transcripción de la entrevista se anota en once escalas de 9 puntos (Rosenstein & Horowitz, 1996). Tres escalas representan el contenido de las probables experiencias infantiles del adulto y las relaciones infantiles con

cada uno de los padres (Rosenstein & Horowitz, 1996). Ocho escalas evalúan el estado mental actual, incluyendo los aspectos formales de la transcripción en términos de coherencia, facilidad de traer a la mente recuerdos pasados (memoria), y la capacidad de mitigar un fuerte afecto negativo (Rosenstein & Horowitz, 1996).

Debido a que los participantes con un apego “no resuelto” tienden a mostrar su falta de resolución únicamente a través de la discusión de pérdida o de algún evento traumático, sus clasificaciones secundarias de apego subyacentes deben ser aparentes en su a lo largo de la AAI (Rosenstein & Horowitz, 1996).

Se realizaron tres análisis para examinar la relación entre los distintos aspectos del funcionamiento sintomático de los participantes y del funcionamiento de la personalidad y su respectiva clasificación del apego (Rosenstein & Horowitz, 1996). Los resultados mostraron que los participantes con un trastorno de personalidad narcisista eran adolescentes varones y presentaban organizaciones del apego de tipo evitativo (Rosenstein & Horowitz, 1996). Más aún, la investigación encontró que estos individuos tienden a experimentar una pérdida de memoria respecto a su niñez, resultando así en una narrativa desorganizada de su experiencia (Rosenstein & Horowitz, 1996).

La pareja narcisista-limítrofe.

El apego y su influencia en las relaciones románticas.

La seguridad del apego comprende representaciones positivas (modelos internos de trabajo) del yo y del otro, así como también la creencia de que mantener la proximidad con otros significativos es un dispositivo efectivo de regulación del afecto (Bowlby, 1973). Por el contrario, las interacciones con otros significativos que no están disponibles y no responden a las necesidades, suscitan inseguridades con respecto a las respuestas de los demás, el valor propio y la eficacia de las estrategias de búsqueda de proximidad (Rubinstein et al., 2012). La

investigación acerca del apego ha demostrado que las representaciones de apego contribuyen significativamente al bienestar subjetivo, a la regulación del afecto, a una elevada autoestima, a una percepción positiva de las personas y, a cogniciones y comportamientos interpersonales adaptativos (Mikulincer & Florian, 2001, citados en Rubenstein et al., 2012).

De acuerdo con la teoría de Bowlby (1973) y con las formulaciones de Ainsworth (1989), el apego juega un papel crucial durante las relaciones adultas, incluyendo el matrimonio y los lazos de parentesco. Sobre esta base, un gran cuerpo de investigación atestigua la importancia de las diferencias individuales en los estilos de apego de adultos como un predictor de procesos y resultados en las relaciones de pareja (Rubinstein et al., 2012).

A finales de la década de los años 80, se comienza explorar al amor romántico como un proceso que encuentra sus bases en las relaciones tempranas vinculares (Moneta, 2005). Estos trabajos demostraron que en las relaciones adultas de proximidad, los principios de apego (sistema de búsqueda, mantención de la proximidad y cuidado) tienen igual relevancia que en las primeras relaciones vinculares del niño (Moneta, 2005). Así, los distintos tipos de vínculo o apego influyen en las relaciones adultas de manera prolongada, encontrándose en las relaciones románticas los mismos estilos de apego descritos en la literatura infantil (apego seguro, indiferente o evitativo y ambivalente; Moneta, 2005).

De la misma manera, se ha sugerido que en la búsqueda de pareja, los individuos tienden a elegir a una persona con un estilo de apego parecido o complementario al propio (Moneta, 2005). En 1987, Hazan y Shaver (citados en Brennan & Shaver, 1995) propusieron al amor romántico como un proceso de apego, proceso en el que uno se apega emocionalmente a una pareja adulta de forma romántica, de la misma manera en la que un bebé se une emocionalmente a su cuidador principal. Más aún, Hazan & Shaver (1987,

citados en Brennan 1995), postulan que los diferentes tipos de apego resultan no sólo en diferentes creencias acerca del amor romántico, sino también en formas distintas de experimentar la soledad. Además, el análisis teórico sobre las dinámicas del apego, sugiere que los tres tipos de apego identificados por Ainsworth (1989), utilizan estrategias distintas para hacer frente a la ansiedad y para promover sentimientos de seguridad en el otro.

En su estudio Brennan y Shaver (1995), buscaron resolver si la orientación a las relaciones románticas, es decir, la experiencia subjetiva del amor romántico, está determinada por las relaciones de la infancia con los padres y las experiencias posteriores con importantes figuras de apego. La muestra fue conformada por 242 estudiantes de la Universidad Estatal de Nueva York (SUNY) en Buffalo, que participaron para cumplir parte de un requisito de un curso de psicología introductoria o fueron remunerados (Brennan & Shaver, 1995). Los sujetos de la muestra (n = 148) fueron seleccionados sobre la base de su respuesta a la medida categórica de estilo de apego de Hazan & Shaver (1987), que se administró durante una sesión de "prueba de masas" para todos los estudiantes de psicología introductoria (Brennan & Shaver, 1995).

Con el fin de asegurar una amplia variabilidad, se seleccionaron miembros de cada una de las tres categorías de estilo de apego (33% de evitación, 31% de ansiedad y 36% de seguridad; Brennan & Shaver, 1995). La mitad de la muestra de estudiantes eran varones y la otra mitad eran mujeres (Brennan & Shaver, 1995). Aproximadamente dos tercios de los 148 estudiantes introductorios de psicología estaban involucrados en una relación en el momento de la prueba, y sus respectivas parejas (n = 94) comprendieron los participantes restantes (para un total de 242 participantes; Brennan & Shaver, 1995). La edad de los sujetos iba de 15 a 47 años, con un promedio de edad de 19 años (Brennan & Shaver, 1995).

A partir de un análisis factorial, los autores encontraron que adultos con diferentes tipos de apego, experimentan sus relaciones amorosas más importantes de forma distinta (Brennan & Shaver, 1995). Por ejemplo, encontraron que adultos con un estilo de apego seguro son más propensos que adultos con un estilo de apego evitativo y/o ansiosos de ver a sus parejas como “amigos de confianza” (Brennan & Shaver, 1995). Por el contrario, adultos con un estilo de apego ansioso son más propensos en caer en el “amor a primera vista” y a buscar intensamente la reciprocidad de sus parejas (Brennan & Shaver, 1995). Finalmente, su investigación encontró que aquellos adultos con un estilo de apego evitativo, son menos propensos a aceptar errores en sus parejas (Brennan & Shaver, 1995). No obstante, en cuanto a las limitaciones del estudio y a su valor sobre el presente trabajo, es preciso resaltar el hecho de que la muestra no fue normada en base a una población clínica, por lo que los resultados obtenidos no están directamente relacionados a las patologías de la personalidad.

Carlson & Sperry (1998) han abordado el tema de la pareja narcisista-limítrofe, con el objetivo de desarrollar protocolos de tratamiento efectivos para esta población. En su libro *The Disordered Couple* (1998), subrayan que mientras el DSM es de gran ayuda para el clínico al momento de entender varias formas de presentación de problemas psicológicos, puede resultar un obstáculo al momento de identificar dichos trastornos en el tratamiento de problemas relacionales. Como consecuencia, desde una perspectiva psicodinámica, dichos autores presentan un modelo interpersonal desde el cual entender y tratar a la pareja “narcisista-limítrofe”, donde es la interacción de las estructuras de defensa desarrolladas por cada individuo durante sus dos primeros años de vida, lo que genera estragos en la relación (Carlson & Sperry, 1998).

La pareja narcisista-limítrofe es redefinida por Lachkar (2004) como conformada por dos individuos que presentan una detención en el desarrollo, pareja que se obliga mutuamente

a cumplir ciertos roles, a medida que cada uno trae a su realidad actual experiencias y emociones pasadas, formando un vínculo parasitario, simbiótico y codependiente, del cual se deriva un nuevo estancamiento. Para Lachkar (2004) lo importante no es realmente cómo se encuentran el uno con el otro; lo realmente importante, menciona el autor, es qué en esta dinámica es lo que los hace permanecer juntos. El autor utiliza la metáfora de una danza para referirse a esta dinámica y sostiene que mientras el narcisista busca la perfección, el límite proyecta el ideal del yo sobre el narcisista, una invitación que el narcisista no puede resistir (Lachkar, 2004).

El individuo narcisista y las relaciones románticas.

Impulsado por la necesidad de ser deseado y apreciado, el narcisista, temiendo perder su “especialidad”, puede ser herido fácilmente e indignarse cuando no se siente comprendido (Lachkar, 2004). Este sentido exagerado de “derecho” del narcisista hace que busque en el “otro” la confirmación y justificación de tales distorsiones (Lachkar, 2004). Sin embargo, los narcisistas ante la retroalimentación negativa, tienden a responder con más enojo (Stucke, 2003, citado en Longua et al., 2014) y agresión (Bushman & Baumeister, 1998, citado en Longua et al., 2014) que sus contrapartes no narcisistas. Además, cuando la pareja del individuo narcisista se convierten en una fuente de amenaza frente a su autoestima, estos individuos parecen dispuestos a poner en peligro dichos vínculos interpersonales (Longua et al., 2014).

En su estudio, Longua Peterson & DeHart (2014) utilizaron la metodología observacional para examinar si individuos narcisistas también responden de forma negativa cuando se enfrentan a algún conflicto dentro de una relación romántica. La muestra del estudio consistió de un total de 204 estudiantes universitarios involucrados en una relación romántica de por lo menos 2 meses de duración (Longua Peterson & DeHart, 2014). Los

participantes no tenían conocimiento de que se les pediría que discutieran un conflicto de su relación (Longua Perterson & DeHart, 2014). En su lugar, se les informó a los participantes que participarían en una conversación grabada con su pareja y que llenarían una serie de cuestionarios acerca de su relación (Longua Perterson & DeHart, 2014). La edad media de los participantes fue de 20.73 años y la media de la longitud de la relación fue de 19.95 meses (Longua Perterson & DeHart, 2014). De las 204 parejas, 200 eran heterosexuales (Longua Perterson & DeHart, 2014).

A través de un análisis multivariado, los resultados revelaron que individuos con un alto nivel de narcisismo fueron observados por codificadores independientes como participando en comportamientos significativamente más negativos (criticando, llamando por nombres, e insultando a su pareja) durante un conflicto con su pareja en comparación a aquellos individuos con un nivel bajo en narcisismo (Longua Peterson et al., 2014). Más aún, los resultados demostraron que después del conflicto, los narcisistas informaron sentirse menos comprometidos con sus relaciones, al tiempo que informaban que sus parejas se sentían más comprometidas en la relación (Longua Peterson et al., 2014). En conjunto, estos resultados sugieren que los narcisistas derogan a sus parejas, durante y después del conflicto, como una manera de defenderse contra las amenazas que puedan poner en peligro la relación (Longua et al., 2014).

Como se ha mencionado anteriormente, debido a que las personas que rodean al individuo narcisista, no son vistas como seres que tienen una existencia independiente o como personas que cuentan con necesidades propias, individuos con TNP, tienden a terminar de manera frecuente sus relaciones después de corto tiempo (Gabbard, 2014). Esto sucede, generalmente, cuando la otra persona comienza a hacer demandas que provienen de sus propias necesidades (Gabbard, 2014). Las relaciones del individuo narcisista tienden a no

funcionar, pues giran alrededor de la capacidad del narcisista de mantener su sentido de autoestima (Gabbard, 2014).

El narcisista “enamorado” se une a alguien que tiene cualidades que él o ella desea tener, o tenía y ya no posee (belleza, fama, éxito, riqueza, brillo, poder; Lachkar, 2004). El narcisista busca poseer dichas cualidades a través de la culpa y la envidia; los sentimientos de amor generalmente no se sostienen en el tiempo y son desechados tan pronto como el objeto de deseo es devaluado o destruido por el sujeto (Lachkar, 2004).

Los narcisistas exacerbaban sentimientos de inadecuación y vergüenza en otros, pues no pueden permitirse el tipo de dependencia que se espera un compañero íntimo anhele, ya que les hace sentir una vulnerabilidad que no pueden tolerar (Lachkar, 2004). Por lo que no debería sorprender, que el individuo con características narcisistas de la personalidad, tienda a despertar estados de “poca valía” y sentimientos de “inexistencia” en la pareja limítrofe (Lachkar, 2004).

Para el narcisista, los movimientos de la danza giran en torno a su sentido de especialidad, al perfeccionismo, a la adoración y a las fantasías de derecho exageradas del individuo (Lachkar, 2004). La literatura sobre el narcisismo y las relaciones románticas sugiere que los narcisistas mantienen sus relaciones de maneras que ayudan a proteger una autoestima elevada (Campbell, Foster & Finkel, 2002, Campbell, Rudich, Sedikides, 2002, citado en Langua et al., 2014). Por ejemplo, los narcisistas prefieren parejas “perfectas” y “admirables”, es decir, “parejas trofeo”, debido a que creen que estas parejas mejorarán su autoestima (Campbell, 1999, citado en Langua et al., 2014). Los narcisistas, a diferencia de sus homólogos límite, están dominados más por la culpa que por la vergüenza (Lachkar, 2004). Los narcisistas tienden a introyectar más que a proyectar y tienen un superego fuertemente punitivo que opera en términos de auto-odio y culpa (Lachkar, 2004). En

contraste, para el límite la danza gira alrededor de la venganza, la represalia, la manipulación, la victimización y el sacrificio (Lachkar, 2004).

Incapaz de soportar la amenaza del abandono, el límite reacciona con interminables disculpas y promesas falsas orquestadas simplemente para atraer al narcisista (Lachkar, 2004). En consecuencia, el narcisista regresa al límite, no sólo por culpa sino bajo la persuasión de que su pareja cumplirá sus promesas y atenderá a sus necesidades narcisistas (Lachkar, 2004). El individuo narcisista proyecta a su pareja un sentimiento de poca valía, e invalida todos sus deseos y necesidades (Lachkar, 2004). La pareja límite, sin saber cómo expresar o legitimar sus necesidades tiende a exagerar sus emociones y a involucrarse en conductas mal adaptativas (Lachkar, 2004). Ante tal expresión emocional el narcisista se retira; cuando él se retira, la pareja límite escala y ataca (Lachkar, 2004). Finalmente él termina sintiéndose culpable y ella se avergüenza, por lo que la relación termina convirtiéndose en una danza entre la culpa y la vergüenza, la envidia y los celos, y entre la omnipotencia y la independencia (Lachkar, 2004).

El individuo límite y las relaciones románticas.

A su vez, los individuos límite tienden a formar vínculos parasitarios a través de la seducción, la manipulación, y la victimización (Lachkar, 2004). Estos pacientes suelen desarrollar una preocupación por el dolor y la enfermedad como un medio de unión con sus objetos (enfermedad psicósomática, adicciones, ideación suicida) o formar vínculos sadomasoquistas (Lachkar, 2004). A diferencia de los narcisistas, los límite no tienen un sentido de sí mismo, no se sienten superiores, y harán cualquier cosa para establecer algún tipo de vínculo o relación (Lachkar, 2004). Mientras la pareja límite expresa a toda costa su miedo al abandono, el narcisista confunde las necesidades de dependencia saludables con las

parasitarias y se unen a quienes ofrecen la promesa de ser el objeto perfecto de deseo, el "espejo perfecto" (Lachkar, 2004).

No existe mucha investigación alrededor de este asunto; sin embargo, dada la importancia que el DSM le atribuye a la disfunción en las relaciones cercanas alrededor del TLP, se podría esperar que dicha disfunción sea un resultado característico del trastorno (Hill et al., 2011). No obstante, algunos estudios han encontrado que después de controlar la depresión y otros síntomas del trastorno de la personalidad, el TLP no está especialmente ligado a la disfunción en las relaciones románticas. Por ejemplo, Daley et al., (2000), a partir de un estudio longitudinal, analizaron este tema con una muestra de 151 estudiantes de preparatoria. Los participantes fueron reclutados en dos cohortes (en 1991 y 1992, respectivamente) de las clases superiores de tres escuelas secundarias públicas locales, elegidas para ser demográficamente representativas en el Condado de Los Ángeles en términos de etnicidad, tasa de graduación y proporción de estudiantes que asistían a la universidad después graduación (Daley et al., 2000). Los participantes comenzaron con una edad media de 18,3 años y pertenecían de manera general a la clase media (Daley et al., 2000). Dos por ciento de los participantes eran afroamericanos, el 9% eran asiáticos, el 46% eran caucásicos, el 21% eran chicanas o latinas y el 22% de otros orígenes étnicos mixtos (Daley et al., 2000).

Aunque los síntomas del TLP predijeron disfunción romántica (estrés crónico romántico, conflictos, satisfacción del compañero, abuso y embarazo no deseado), las asociaciones no eran exclusivas del TLP (Daley et al., 2000). Como era de esperarse, dadas las considerables correlaciones entre los síntomas de los diferentes trastornos de la personalidad, las asociaciones con la disfunción romántica no eran en modo alguno específicas del TLP (Daley et al., 2000). Los resultados sugieren que aunque el TLP se asocia

con una disfunción en las relaciones románticas, el efecto es un fenómeno más general que se aplica de forma bastante amplia a la patología del Eje II (Daley et al., 2000). Los resultados también ponen de relieve la importancia de la psicopatología subclínica en la construcción de las primeras relaciones íntimas (Daley et al., 2000). No obstante, esta falta de asociación puede reflejar el corto plazo de la evaluación de la disfunción romántica (Daley et al., 2000).

Por otro lado, Hill et al., (2011) realizaron una investigación con el objetivo de extender el conocimiento actual acerca de las asociaciones específicas entre el apego, la disfunción de la relación romántica y el TLP. La investigación consistió de dos muestras distintas (Hill et al., 2011). El estudio 1 comprendía una muestra comunitaria de mujeres (N = 58) de 25 a 36 años (Hill et al., 2011). El estudio 2 consistió en una muestra psiquiátrica (N = 138) de 21 a 60 años (Hill et al., 2011). Los resultados del estudio 1 y del estudio 2 demostraron que (1) el apego estaba específicamente relacionado con los síntomas del TLP y la disfunción romántica, (2) los síntomas del TLP se asociaban específicamente con la disfunción romántica y (3) la asociación entre el apego y la disfunción romántica era estadísticamente mediada por los síntomas de TLP (Hill et al., 2011). Así, estos hallazgos apoyan asociaciones específicas entre el apego, los síntomas de TLP y disfunción romántica (Hill et al., 2011).

En las relaciones, el individuo límite a menudo se convierte en el objeto de sacrificio, el mediador o intermediario, el pequeño adulto que tuvo que crecer demasiado rápido, demasiado pronto (Lachkar, 2004). Individuos con TLP tienden a cumplir con el papel del “cuidador”, por lo que se habla de que “han sido secuestrados de su infancia” (Lachkar, 2004). Incluso después de la ruptura de la relación, estas personas permanecen unidas a su ex pareja, pues tienden a experimentar una incapacidad para hacer frente a la pérdida (Lachkar, 2004).

Frente al individuo narcisista, en un intento por defenderse de la vergüenza de tener necesidades y deseos, el individuo límite frecuentemente se involucra en conductas mal-adaptativas como por ejemplo el abuso de sustancias, relaciones adictivas, promiscuidad, comportamientos compulsivos desviados, ideación suicida y otros actos riesgos para evitar sentir el abandono (Lachkar, 2004).

A diferencia de los narcisistas, no buscan representar el drama de ser el "niño especial" (Lachkar, 2004). Puesto que carecen de experiencia en la formación de relaciones saludables, tienden a formar relaciones parasitarias proyectando sus necesidades de manera hostil, exigente y controladora (Lachkar, 2004). Por un corto tiempo, el límite puede jugar a cumplir el rol del objeto de espejo perfecto para el narcisista; sin embargo, debido a la falta de control de impulso y la incapacidad de contener sus emociones, la actuación tiende a terminar de forma prematura (Lachkar, 2004).

Consideraciones.

Es por estas razones que Schneider & Saller (2007), discuten la naturaleza y el curso de un tratamiento individual para aquellos individuos que tengan una pareja con TNP, enfocado en el re-empoderamiento de la víctima. Por lo general, la pareja de un individuo con TNP acude a terapia con síntomas de profunda pérdida de poder sobre sí mismo, depresión, ansiedad, e intenso temor o miedo, síntoma que se asemeja especialmente al trastorno de estrés postraumático (TEPT; Schneider & Saller, 2007). Este último síntoma es particularmente importante, pues por lo general, en la práctica clínica, los trastornos de la personalidad, en especial el diagnóstico de un TLP, tiende a pasar desapercibido en la presencia de un TEPT por los profesionales de la salud mental (Schneider & Saller, 2007). Los autores proponen un tratamiento individual inicial, pues la falta de empoderamiento de la víctima, aumenta los problemas de control en la relación, abriendo de esta manera un espacio

para que el individuo con TNP controle la sesión terapéutica (Schneider & Saller, 2007).

Schneider & Saller (2007), plantean que la terapia de pareja puede ser de gran utilidad en este tipo de dinámica una vez que se haya establecido un balance de poder en la relación.

La personalidad y los estados mentales.

Los trastornos de la personalidad implican diversos problemas: serias complicaciones en las relaciones interpersonales, síntomas que impiden la consecución de objetivos, un control de los impulsos deficiente, entre otros (Dimaggio et al., 2006). Dimaggio et al. (2006) ofrecen una explicación sobre el origen de los TP basada en una descripción de cómo las funciones de uno mismo se encuentran dañadas en estos individuos y cómo estas funciones interactúan para formar los diversos trastornos. Los autores proponen que la patología del self subyacente a los TP implica problemas con: a. organizar la experiencia subjetiva en forma de narrativas; b. la capacidad de representar los estados mentales propios y los de los demás; c. los esquemas interpersonales; d. el razonamiento y la toma de decisiones (Dimaggio et al., 2006).

La diferencia terapéutica entre el modelo psicoanalítico/psicodinámico y el enfoque cognitivo, es que el primero sostiene que la relación (pareja narcisista-limítrofe) es la primera prioridad en el tratamiento, mientras que la segunda, pone al individuo en primer plano (Lachkar, 2004). Como es evidente, la presente investigación tiene un enfoque inicial que prioriza a la relación narcisista-limítrofe; sin embargo, gradualmente se va dejando de lado a la pareja y se enfoca principalmente en el desarrollo del yo.

Como se ha mencionado anteriormente, el concepto clave de la psicología del yo es la noción del sí mismo, considerada como el núcleo de la personalidad (Carlson et al., 1998). Bajo esta perspectiva, el yo surge en una configuración coherente y duradera a través de la interacción de factores heredados e influencias ambientales (Carlson et al., 1998). Entre estas

influencias ambientales destacan los padres y/u otros cuidadores primarios que aparecen en el curso de la vida (Carlson et al., 1998). Tales individuos significativos se conceptualizan de una manera que, al menos superficialmente, se asemeja al concepto freudiano de “objeto” (Carlson et al., 1998).

Sin embargo, siguiendo el entendimiento de Kohut, las relaciones objetales se describen como la experiencia subjetiva de uno acerca del otro, experiencia que proporciona una estructura psíquica del yo dentro de la relación, evocando y manteniendo la cohesión del yo y la experiencia subjetiva de la individualidad (Carlson et al., 1998). Esta dinámica entre el yo y el otro, es particularmente útil en la descripción de la experiencia intrapsíquica de varios tipos de relaciones entre el yo y los demás (Carlson et al., 1998). El desarrollo normal y patológico del yo está relacionado con la internalización de las interacciones entre el yo y el objeto (Carlson et al., 1998). Bajo esta misma línea de pensamiento, se cree que el efecto de la experiencia temprana sobre la personalidad adulta está mediada por estructuras mentales cognitivo-afectivas conocidas como representaciones de apego o, en la terminología de Bowlby (1988), “modelos internos de trabajo”.

Como se ha descrito anteriormente (Meyer y Pilkonis, 2005, citado en Campbell & Miller, 2011), los modelos de trabajo internos pueden ser vistos como patrones complejos de procesos cognitivos y afectivos que se activan diferencialmente en determinados tipos de circunstancias y mediante su activación, guían la experiencia y el comportamiento en situaciones interpersonales (Campbell & Miller, 2011). Estos procesos cognitivo-afectivos incluyen, por ejemplo, la forma en que se codifican e interpretan las experiencias interpersonales, las expectativas de cómo se desarrollarán esas experiencias a lo largo del tiempo, las evaluaciones afectivas de los encuentros interpersonales, las implicaciones que se deducen de tales acontecimientos y los objetivos e intenciones que se forman en respuesta a

señales interpersonales (Campbell & Miller, 2011). Esta interpretación de las representaciones de apego es consistente con los modelos contemporáneos de funcionamiento de la personalidad (Campbell & Miller, 2011).

Así, en cuanto a los trastornos de la personalidad, la terapia cognitiva trabaja alrededor de los problemas manifiestos, es decir, de la estructura sintomática y sobre los esquemas subyacentes (modelos internos de trabajo) conocidos como estructuras inferidas (Beck, Freeman et al., 1995). Los pacientes acuden a terapia con problemas “nucleares”, problemas centrales tanto en sus esquemas mentales disfuncionales como en su conducta manifiesta (Beck, Freeman et al., 1995). La terapia cognitiva postula que existen importantes estructuras cognitivas organizadas bajo categorías específicas conocidas como esquemas mentales, donde los distintos problemas del paciente se clasifican (Beck, Freeman et al., 1995).

Segal (1988, citado en Dimaggio et al., 2006) definió a los “esquemas” como elementos organizados de reacciones y experiencias pasadas, elementos que forman un cuerpo relativamente cohesivo y persistente de conocimiento, capaz de guiar la percepción y las valoraciones posteriores del individuo. Dichos esquemas representan las estructuras cognitivas que organizan la experiencia y la conducta, pues están basados en creencias y reglas que consecuentemente determinan el contenido del pensamiento, del afecto y de la conducta (Beck, Freeman et al., 1995). Para la terapia cognitiva, tanto los sentimientos como las conductas disfuncionales, se deben a la función de ciertos esquemas que producen juicios y generan una tendencia de cometer “errores” en situaciones específicas; en otras palabras, la conducta disfuncional y el afecto son el resultado de distorsiones atributivas (Beck, Freeman et al., 1995).

Beck, Freeman et al. (Beck, Freeman et al., 1995), consideran que la forma en que las personas procesan información acerca de sí mismas y sobre los demás se ve influenciada por creencias y otros componentes de su organización cognitiva. Así, la distorsión de la interpretación y de la conducta consecuente, son el resultado de creencias disfuncionales enraizadas en el individuo (Beck, Freeman et al., 1995). Es importante mencionar que las estructuras que subyacen a la experiencia subjetiva son estables y persistentes y, por lo general, inconscientes (Beck, Freeman et al., 1995). El contenido de los esquemas mentales deviene de las relaciones personales del individuo, así como también de categorías impersonales, como lo es por ejemplo una silla o el país de origen del individuo, y tienen cualidades que difieren en la amplitud, la flexibilidad, la densidad o el nivel de activación del esquema (Beck, Freeman et al, 1995.).

Dentro de esta misma rama, la investigación sugiere que existe una estrecha relación entre el deterioro metacognitivo y los trastornos de la personalidad. La metacognición se define como la habilidad de comprender y reflexionar sobre los estados mentales a fin de gestionar las tareas de la vida y de regular los procesos mentales internos y las relaciones interpersonales de manera exitosa (Dimaggio & Lysaker, 2010, citados en Semerari et al., 2014). La metacognición es una construcción psicológica de múltiples facetas; Los déficit de habilidades de metacognición están asociados con un bajo funcionamiento social, baja calidad de vida y psicopatología (Semerari et al., 2012).

Como es de suponer, individuos con algún tipo de trastorno de la personalidad por lo general fracasan en desarrollar respuestas adaptativas a este tipo de tareas universales (APA, 2013ñ Livesley, 2011, citado en Semerari et al., 2014). Dimaggio et al. (2006), consideran que los elementos más probables de interactuar para crear una psicopatología de la personalidad incluyen: a. contenidos problemáticos de pensamiento y emoción

(experimentados subjetivamente como estados de ánimo y organizado en forma de narrativas); b. un déficit en la capacidad cognitiva para reflexionar sobre los estados mentales (meta-cognición) tanto de uno mismo como de los demás; c. esquemas interpersonales patogénicos y, d. la toma de decisiones mal-adaptativas.

Semerari et al. (2014) afirman que los individuos necesitan entender sus estados mentales internos para poder formar auto-representaciones estables y coherentes, y que además, deben tener la capacidad de comprender los estados mentales de los otros a fin de formar y mantener relaciones interpersonales. En un estudio, Semerari y colaboradores (2014) buscaron correlacionar cierto tipo de disfunciones metacognitivas con la severidad del trastorno y con el estilo de trastorno de la personalidad (Semerari et al., 2014). Los resultados mostraron que los pacientes con TP parecen tener mayores dificultades en manejar y hacer frente a las demandas de la vida cotidiana, y es probable que esta discrepancia sea, al menos en cierta medida, atribuible a las capacidades metacognitivas de estos pacientes (Semerari et al., 2014). Los resultados confirmaron que los pacientes con TP tienen capacidades metacognitivas más bajas que los pacientes sin TP y que un menor rendimiento metacognitivo se asocia con una mayor severidad en cuanto al TP (Semerari et al., 2014). Interesantemente, los resultados sugirieron que un deterioro metacognitivo global podría ser considerado como un componente etiológico común para todos los trastornos de la personalidad (Semerari et al., 2014).

Los clínicos han estado siempre interesados en las dificultades que tienen sus pacientes para conocer y regular sus estados mentales, sobre la dificultad de los pacientes para definir y reconocer sus emociones, deseos e intenciones y de expresar sus pensamientos (Semerari et al., 2003). La literatura afirma que en el TNP, existe una incapacidad para acceder a los estados internos, en particular a las emociones formadas en relación a las

relaciones interpersonales del individuo y su estado interno (Semerari et al., 2003). Por otro lado, Kernberg (1975, citado en Semerari et al., 2003) atribuye al TLP, una incapacidad de vincular los estados internos con una situación de carácter interpersonal. Se ha observado también que los pacientes límite tienden a desplazarse entre estados mentales diferentes y, a menudo, contradictorios (Semerari et al., 2003). De hecho, la literatura encuentra que estos pacientes no pueden llegar a un punto de vista integrador y producir una narrativa coherente. Es por estas razones, que los pacientes con TLP han sido descritos como incapaces de regular sus estados emocionales.

La teoría narrativa tiene la ventaja de ser fácil de aplicar clínicamente. Además, pensar en términos de “narrativas” es una buena base para emprender la búsqueda de los procesos psicológicos subyacentes a la psicopatología, tanto a través de métodos que definen constructos dominantes a través de las narrativas del paciente como a través de la identificación de contenidos problemáticos y de los estados mentales del individuo (Dimaggio et al., 2006). Por ejemplo, el TNP se caracteriza por los siguientes estados: a. grandiosidad ; b. deprimido/aterrorizado; c. desapego y vacío; y d. impulsividad y enojo con tendencia a actuar (Dimaggio et al., 2006). Por otro lado, estudios que han utilizado la técnica grilla de repertorio (Repertory Grid), método diseñado para evaluar la cognición desarrollado Kelly (1955), muestran que el trastorno límite se caracteriza por un conjunto particular de estados denominados: ideal, rabia de abusador, víctima sin poder, víctima enojada, afrontamiento y zombi (Bennett, Pollock, & Ryle, 2005; Golynkina & Ryle, 1999, citados en Dimaggio et al., 2006).

Western (1997, citado en Dimaggio et al., 2006) sugirió que los clínicos de todas las orientaciones teóricas evalúan la patología de la personalidad a través de las narrativas que los pacientes tienen en sesión acerca de sus vidas y sus relaciones significativas. Es por esto

que se propone el uso de la Con este motivo, se propone hacer uso de la herramienta conocida como *Grid of Problematic States* (GPS) para, a través de un análisis en el cambio de los estados mentales (pensamientos, emociones y sensaciones corporales) del paciente a lo largo de un total de 15 sesiones terapéuticas, evaluar la experiencia subjetiva de individuos que hayan sido diagnosticadas con un TLP y que tengan o hayan atravesado por una relación con un individuo que cumpla con los criterios diagnósticos del TNP. A continuación se realiza un análisis detallado de dicha herramienta.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación busca responder a la siguiente pregunta: ¿cómo y hasta qué punto el haber atravesado por una relación con una pareja con TNP, afecta a la experiencia subjetiva de individuos con TLP? Para hacerlo, se utilizará el Grid of Problematic States (GPS) con el objetivo de identificar los estados mentales de mayor recurrencia de 5 pacientes diagnosticadas con un trastorno límite de la personalidad (TLP), que hayan atravesado (hasta un año desde la ruptura) por una relación con un individuo que cumpla con los criterios diagnósticos de un trastorno narcisista de la personalidad (TNP). Los diagnósticos serán confirmados a través del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-2) y el Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II).

Centrándonos en la identificación de cualquier patrón recurrente en las construcciones mentales más significativas presentes en las narrativas del paciente, tendremos la oportunidad de señalar los estados mentales y el estado de ánimo subyacente, así como la experiencia y el comportamiento del individuo, a lo largo de las 15 sesiones terapéuticas. La presente investigación es de carácter cuantitativa, pues el GPS está diseñado para ser utilizado en transcripciones de sesiones de psicoterapia, con la finalidad de analizar los episodios narrativos dentro del diálogo del paciente a través de una escala de Likert de 7 puntos, escala que representa tanto la valencia como la intensidad de los constructos.

Justificación de la metodología seleccionada

Antes de proceder con la justificación de la metodología, es preciso resaltar que el procedimiento utilizado en la presente investigación está basado específicamente en dos estudios que han obtenido resultados significativos haciendo uso del GPS como la herramienta principal a través de la cual identificar elementos de la experiencia subjetiva del

paciente durante un número específico de sesiones psicoterapéuticas (15 sesiones) para señalar la agrupación de los constructos y subrayar los estados mentales subyacentes del paciente (véase Dimaggio et al., 2008 & Nicolò et al., 2008).

La presente investigación tiene como objetivo explorar cómo y hasta qué punto el haber atravesado por una relación con una pareja con TNP, afecta a la experiencia subjetiva de individuos con TLP. Se hará uso de dos inventario de personalidad (MMPI-II, MCMI-III) para reclutar a aquellos individuos que cumplan con los criterios necesarios para ser diagnosticados con un TLP. A continuación, a través de las mismas herramientas, se confirmará que la ex pareja del paciente cumpla con los criterios diagnósticos de un TNP. Más adelante, se utilizará el GPS para medir la totalidad de la experiencia subjetiva (estados mentales) de la muestra.

De esta manera, se realizarán dos análisis descriptivos distintos. El primero se centrará en la distribución de los constructos del GPS, considerando la frecuencia con la que surgieron en el período general de observación (15 sesiones de psicoterapia cognitiva). Este procedimiento proporcionará una forma sencilla de monitorear la presencia o ausencia de constructos, sin considerar las diferencias en su intensidad. Con el objetivo de cubrir este último punto, el segundo análisis descriptivo se centra en la identificación de cualquier patrón recurrente (un agregado de al menos tres elementos o constructos, de por lo menos dos de los siguientes dominios: temas de pensamiento, estados somáticos o emociones) para las construcciones más significativas en la narrativa del paciente, lo que nos permitirá identificar a su vez los estados mentales subyacentes de su experiencia subjetiva. Finalmente, se analizarán los resultados esperados y se establecerán una serie de conclusiones.

Herramientas de investigación utilizada

Para la selección de la muestra, se realizará un muestreo probabilístico aleatorio simple a través de la aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI-2) y el Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) en la ciudad de Quito, Ecuador, con el objetivo de identificar a individuos que cumplan con un diagnóstico de TLP. El objetivo de este método de muestreo probabilístico es lograr la equiprobabilidad de selección de la muestra para asegurar la representatividad de la misma. Así, a partir de ambas herramientas (MMPI-2, MCMI-III), aquellos individuos que cumplan con los criterios diagnósticos de un TLP serán elegidos aleatoriamente con el único requisito de que sus ex parejas sean candidatos para un diagnóstico de TNP. En primer lugar, se realizará una breve descripción de los aspectos más importantes del MMPI-2 y del MCMI-III, para después exponer la herramienta (GPS) a través de la cual se recabarán los resultados para proceder con el análisis estadístico.

La experiencia profesional debe incluir una comprensión científica de los problemas y fortalezas del paciente. La falta de reconocimiento de los problemas de personalidad se vuelven un gran obstáculo para un tratamiento adecuado, pues puede conducir al clínico a objetivos o estrategias ineficaces de tratamiento.

Inventario Multifásico de Minnesota (MMPI-2).

El Inventario Multifásico de Minnesota (MMPI) y sus sucesores, el MMPI-2 y el MMPI-2 Restructured Form (RF, por sus siglas en inglés), son actualmente las herramientas más ampliamente utilizadas en el campo de la psicopatología (Green, 2011). Hathaway & Mckinley (1940, citado en Green, 2011) fueron los primeros en montar, a partir de textos de psiquiatría, otros inventarios de la personalidad y su propia experiencia clínica, una lista de 1,000 ítems articulados en forma de declaraciones afirmativas en primera persona, en lugar de preguntas que, hasta entonces, habían sido la práctica habitual en los inventarios de

personalidad. Tras una amplia revisión, los autores eliminaron ciertos ítems repetitivos y algunos considerados como insignificantes, quedándose únicamente con 504 enunciados (Green, 2001). Utilizando estos 504 ítems, Hathaway & Mckinley (1940, citados en Green, 2011) construyeron una serie de escalas cuantitativas que podrían usarse para evaluar diversas categorías de psicopatología.

Más adelante, en el año 1989, el MMPI fue re-estandarizado, publicándose una segunda edición del inventario (Green, 2011). Los cambios más significativos entre ambos inventarios se dieron principalmente en las escalas de contenido sexual y religioso (Green, 2011). Además, se otorgó mayor importancia a las escalas concernientes al abuso de sustancias y a los problemas relacionados con el ámbito laboral.

En la actualidad, el MMPI-2 abarca 567 ítems que deben ser contestados en forma de “Verdadero” o “Falso” y cuenta con 10 escalas clínicas, 4 escalas de validez, 15 escalas de contenido y 15 escalas suplementarias (Green, 2011). El MMPI-2 fue normado a partir de una muestra de aproximadamente 2,600 individuos de un rango de edad que osciló entre los 18 y los 80 años. Es importante mencionar que el MMPI-II integra una muestra de mayor diversidad, pues incluye a individuos de distintos niveles de educación, con una mayor inclusión en cuanto a minorías étnicas, estado civil y regiones geográficas (Green, 2011).

El MMPI-2 puede proporcionar al clínico una opinión objetiva de los problemas y motivaciones del individuo. Además, a través de esta herramienta, el clínico puede tener acceso a narrativas en forma de “resúmenes” de problemas en las propias palabras del paciente en las medidas de las escalas de contenido (Butcher, 1997). A partir de un análisis cauteloso de las escalas clínicas, el MMPI-2 proporciona al terapeuta información precisa sobre el paciente e invita a la exploración acerca de la apertura del paciente al tratamiento (Butcher, 1997). Más aún, los patrones de validez del MMPI-2 proporciona al profesional

información sobre probables formas de resistencia al tratamiento, pues el inventario cuenta con un número de índices que proporcionan al médico una evaluación sobre la motivación del individuo en relación al tratamiento psicoterapéutico (Butcher,1997). Las escalas clínicas tradicionales, cuentan con una extensa investigación y sus bases normativas contemporáneas pueden reflejar la medida en que el cliente está o no en "necesidad" de recibir ayuda psicológica (Butcher,1997). Finalmente, al momento de proporcionar una retroalimentación de los resultados obtenidos con el cliente, las puntuaciones del MMPI-2 y los índices que se reflejan en el inventario, serán de gran ayuda para el profesional (Butcher,1997).

Las escalas de validez del MMPI-2: *No puedo decir (?)*, *Escala de la mentira (L)*, *Voluntad para revelar la información personal (K)*, y *Estrés Psicológico (F)*, pueden proporcionar información valiosa sobre cómo los pacientes ven su situación clínica actual, qué tan bien han cooperado con la evaluación en el auto-reporte y qué tan buenos candidatos son para el tratamiento (Butcher,1997). Esta información puede obtenerse tanto de la interpretación de las escalas de validez individuales como de la interpretación de la configuración de la escala de validez (Butcher,1997). A continuación se describen cada una de las escalas de contenido de dicho inventario.

Escala 1: Hipocondriasis (Hs). La escala Hs, cubre una amplia variedad no específica de preocupaciones neuróticas sobre el funcionamiento corporal enfocada en el abdomen y la conducta (Greene, 1999). Individuos que obtienen una elevación alta en esta escala, típicamente no ven sus problemas como de origen psicológico. Reportan numerosas quejas somáticas y tratan de obtener explicaciones físicas de sus síntomas (Butcher,1997). Por lo general, tienen una baja motivación para el cambio de comportamiento, pues tienden a tolerar una considerable tensión psicológica antes de que se comience considerar el cambio

(Butcher,1997). El incumplimiento con el tratamiento y la terminación temprana son problemas frecuentes con estos individuos (Butcher,1997).

Escala 2: Depresión (D). Pacientes que obtienen puntajes clínicamente significativos para esta escala son pacientes deprimidos, ansiosos, con fluctuaciones en el estado de ánimo, generalmente aislados, con tendencia a somatizar su malestar, con problemas de atención y concentración y poca energía (Greene, 1999). Los individuos que han tomado la prueba y han obtenido una puntuación clínicamente significativa en esta escala, lo han hecho con un enfoque orientado a sus problemas y se muestran abiertos a discutir sobre los mismos (Butcher,1997). Típicamente están experimentando mucha angustia psicológica y, como consecuencia, se espera una alta motivación para el cambio y una búsqueda constante de alivio emocional. Para estos individuos, se espera un buen pronóstico del tratamiento, en especial si cuentan con habilidades verbales adecuadas (Butcher,1997).

Escala 3: Histeria (Hy). Puntajes altos en la escala Hy apuntan a pacientes egocéntricos, inmaduros e infantiles (Greene, 1999). Estas personas demandan atención constante en sus relaciones interpersonales, son personas desinhibidas, les gusta ser el centro de atención y que experimentan un profundo miedo al dolor emocional, por lo que se relacionan con otras personas de forma superficial e inmadura (Greene, 1999). Los individuos con una puntuación clínicamente significativa en esta escala, generalmente no buscan ayuda psicológica, pues tienen una tendencia a verse a sí mismos como físicamente enfermos y frecuentemente buscan soluciones médicas para sus problemas, a pesar de que los resultados orgánicos reales son mínimos (Butcher,1997). Con frecuencia, estos pacientes tienen una tendencia a negar sus problemas, se muestran a la defensiva y buscan presentar una imagen favorable de sí mismos (Greene, 1999). Estos individuos típicamente poseen características que interfieren con el proceso terapéutico, incluyendo una actitud defensiva,

cierta ingenuidad y una baja “mentalidad” psicológica (introspección) (Butcher,1997).

Tienden a minimizar las debilidades personales y, a menudo, están desmotivados para el cambio (Butcher,1997). Aunque se espera una mejora psicológica significativa, la investigación encuentra que ésta sucede únicamente a través de un tratamiento a largo plazo (Butcher,1997). Sin embargo, estos individuos tienden a dar por terminada la terapia de forma prematura (Butcher,1997).

Escala 4: Desviación psicopática (Pd). La escala Pd, representa la escala más caracterológica y de mayor confiabilidad entre todos las escalas clínicas del MMPI-2. Esta escala mide inadaptación general y ausencia de experiencias placenteras (Greene, 1999). Apunta a preocupaciones familiares y problemas con la autoridad en general (Greene, 1999). Personas que elevan esta escala tienden a la alienación social, a ser bravos, impulsivos, poco predecibles y socialmente inconformes (Greene, 1999). Los individuos con altos desvíos psicopáticos, típicamente muestran desinterés en el tratamiento, por lo que rara vez buscan tratamiento psicológico por su cuenta. A menudo eligen acudir a terapia en respuesta a las demandas de otros, como el cónyuge, la familia o la corte (Butcher,1997). Estos individuos tienden a ser manipuladores, agresivos, engañosos y exhibicionistas (Butcher,1997). Estos clientes no tienen en cuenta las reglas y normas sociales, pues pueden manejar una concepción narcisista y perfeccionista de ellos mismos (Greene, 1999). Debido a que el tratamiento psicológico tiene lugar en un ámbito interpersonal, las características de estos individuos pueden resultar frustrando los esfuerzos del terapeuta (Butcher,1997). Además, es probable que abandonen el tratamiento de forma prematura (Butcher,1997).

Escala 5: Masculinidad-Feminidad (Mf). Esta escala mide intereses vocacionales, actividad-pasividad, y sensibilidad personal (Greene, 1999). Las respuestas son consideradas como “desviadas” cuando reflejan feminidad en clientes varones y masculinidad en las

mujeres (Greene, 1999). La escala de masculinidad-feminidad refleja el nivel de conciencia cultural individual y la apertura a nuevas ideas (Butcher,1997). La escala Mf adquiere un significado de interpretación distinto, dependiendo del nivel de elevación clínica y del género del cliente (Butcher,1997).

Escala 6: Paranoia (Pa). La escala Pa mide sensibilidad interpersonal, moral de justicia propia, desconfianza e hipervigilancia (Greene, 1999). Personas que obtienen puntajes altos en esta escala pueden ser considerados como sospechosos, hostiles, desconfiados, reservados, egocéntricos y propensos a culpar a otros (Greene, 1999). La escala de paranoia puede ser muy valiosa en la planificación del tratamiento, porque evalúa la confianza del cliente en las relaciones interpersonales, las actitudes hacia las figuras de autoridad y la flexibilidad hacia el cambio (Butcher,1997). Los clientes que obtienen puntajes altos en esta escala, generalmente son vistos como malos candidatos para el tratamiento psicológico debido a su tendencia a culpar a otros por sus problemas (Butcher,1997). Tienden a ser argumentativos, resentidos y cínicos (Butcher,1997). El distanciamiento emocional hacia el terapeuta y la actitud defensiva están típicamente presentes, junto con una renuencia a confiar en el clínico (Butcher,1997). Muchas de las características antes mencionadas hacen difícil, si no imposible, el desarrollo de una relación terapéutica (Butcher,1997). La terminación temprana de la terapia es también común en estos individuos (Butcher,1997).

Escala 7: Psicastenia (Pt). La escala Pt mide ansiedad en general (Greene, 1999). Pacientes que elevan esta escala, pueden ser considerados como ansiosos, tensos, indecisos y que advierten dificultades para concentrarse (Greene, 1999). Estas personas, por lo general experimentan pensamientos obsesivos, pues se encuentran rumiando sobre las mismas preocupaciones (Greene, 1999). Clientes con puntajes altos pueden presentar problemas en el funcionamiento físico como lo son, por ejemplo, síntomas gastrointestinales y

cardiovasculares como consecuencia de sus niveles de estrés (Greene, 1999). Los clientes con niveles altos en psicastenia generalmente expresan una gran necesidad de ayuda y parecen estar bastante motivados para el alivio de los síntomas, debido a que se encuentran experimentando una alta ansiedad (Butcher, 1997). También pueden buscar soluciones médicas para sus problemas físicos que, generalmente, están asociados con la ansiedad que experimentan (Butcher, 1997). Los pacientes con niveles clínicamente significativos en Pt tienden a permanecer en terapia más tiempo que la mayoría de los pacientes, generalmente haciendo progresos lentos pero constantes (Butcher, 1997). Los clientes con elevaciones extremadamente altas en esta escala ($T > 90$), pueden mostrar una considerable rigidez interpersonal y una rumiación improductiva, que puede interferir en la implementación de cambios terapéuticos (Butcher, 1997). El individuo con un alto nivel en Pt, es a menudo autocrítico y se involucra en comportamientos perfeccionistas que impiden el progreso del tratamiento (Butcher, 1997).

Escala 8: Esquizofrenia (Sc). La escala Sc evalúa procesos de pensamiento bizarros, percepciones peculiares, alienación social, relaciones familiares conflictivas, falta de intereses, control de impulsos, pensamientos perturbados de identidad y dificultades sexuales (Greene, 1999). Los individuos con elevaciones clínicamente significativas en esta escala, generalmente presentan un enfoque orientado al problema en las sesiones de tratamiento inicial (Butcher, 1997). Sin embargo, es útil que el terapeuta evalúe la gravedad potencial del problema (Butcher, 1997).

Escala 9: Hipoanía (Ma). La escala Ma mide niveles medianos de excitación maniaca caracterizados por un estado de ánimo inestable (Greene, 1999). Identifica niveles de psicomotricidad elevada, sobre actividad conductual y cognitiva, irritabilidad, ideas de grandiosidad, y egocentrismo (Greene, 1999). Puntajes altos en esta escala, caracterizan a

personas impulsivas, competitivas, amorales, extrovertidos, narcisos, habladores, eufóricos y superficiales (Greene, 1999). Personas con una elevación en esta escala por lo general tienen dificultad en demorar la gratificación (Greene, 1999). A fin de evaluar la motivación del cliente y la accesibilidad al tratamiento, se debe examinar si los puntajes en esta escala son clínicamente significativos (Butcher,1997). Así por ejemplo, clientes con puntuaciones por encima de $T = 70$, normalmente resultan ser difíciles y poco cooperativos, debido a su distracción e hiperactividad (Butcher,1997). Estos clientes tienden a ser narcisistas y manipuladores (Butcher,1997). Además, tienden a usar la negación como mecanismo de defensa (Butcher,1997). Estos clientes suelen considerar la terapia innecesaria y, por lo tanto, tienden a asistir a sesiones de forma irregular y terminar la terapia prematuramente (Butcher,1997).

Escala 0: Introversión Social-Extroversión (Si). La escala Si evalúa extroversión e introversión social en base a una dimensión del comportamiento (Greene, 1999). Además mide incomodidad en situaciones sociales, aislamiento, auto-crítica e inadaptación en general (Greene, 1999). La escala de Si es una de las escalas más útiles en la planificación del tratamiento del paciente, pues sirve al clínico para evaluar varios aspectos del funcionamiento interpersonal del individuo (Butcher,1997). El nivel de elevación en esta escala, proporciona información valiosas de la capacidad del individuo para formar relaciones sociales, así como su disposición a participar en el proceso de auto-revelación (Butcher,1997)

De esta manera, debido a la validez y a la confiabilidad del MMPI-2, (entre un 0.80 y 0.95; Green, 2011), se ha elegido a esta herramienta, en conjunto con el MCMI-III, con el fin de ayudar al clínico a realizar un diagnóstico certero en cuanto a la personalidad del cliente. Más aún, Harkness y McNully (1994, Harkness et al., 1995, citados en Green, 2011) crearon un modelo de cinco factores llamado Psicopatología de la Personalidad Cinco (PSY-5, por

sus siglas en inglés) para facilitar la descripción de la personalidad normal/anormal y así, complementar el diagnóstico de cualquier tipo de trastorno de la personalidad en el MMPI-2. Las escalas PSY-5 representan otra fuente potencial de información para el clínico en la interpretación del perfil del MMPI-2 (Green, 2011). No obstante, hasta el momento, la investigación no ha encontrado que existe la suficiente información que demuestre que dichas escalas son definitivas para establecer un diagnóstico en el Eje II (Green, 2011). Por tanto, hasta que se disponga de dicha información, se advierte a los profesionales de la salud mental, que la interpretación de cada perfil clínico debe ser hecha de manera estrictamente conservadora.

Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III).

El Millon Clinical Multiaxial Inventory es una herramienta de evaluación en constante evolución (Millon et al., 2009). Dicho instrumento evalúa problemas de personalidad, identificación de dificultades emocionales y personales, y trastornos comportamentales o síndromes clínicos (Millon et al., 2009). Ofrece un esquema teórico sobre las alteraciones de la personalidad y los procesos subyacentes al comportamiento, pensamiento y sentimiento disfuncionales en las personas (Millon et al., 2009).

Cada versión sucesiva de la prueba MCMI ha sido refinada y fortalecida para incorporar desarrollos basados en una lógica teórica, datos de investigación y nosología profesional (Millon et al., 2009). La actual versión de la prueba MCMI-III continúa esta tradición con normas actualizadas y la adición de una nueva escala llamada Inconsistencia, para ayudar a detectar tipos de respuesta aleatoria (Millon et al., 2009). Varias características distinguen la prueba MCMI-III de otros inventarios (Millon et al., 2009). Estos incluyen la brevedad del inventario, su anclaje teórico, su formato multiaxial, su construcción a través de tres etapas de validación (teórico-sustantivo, interno-estructural, criterio externo), su uso de

puntuaciones de tasa de base (BR, por sus siglas en inglés) y su profundidad interpretativa (Millon et al., 2009).

Con un total de 175 ítems en formato de respuesta de verdadero/falso, la prueba MCMI-III es mucho más corta que otros instrumentos comparables (Millon et al., 2009). En la versión actual del inventario, ciertos enunciados o ítems discutibles han sido eliminados y el vocabulario fue adaptado a un nivel de lectura de octavo grado (Millon et al., 2009). Como resultado, la gran mayoría de los pacientes pueden completar el MCMI-III en 20 a 30 minutos, facilitando una administración relativamente simple y rápida, al tiempo que minimiza la resistencia y la fatiga del paciente (Millon et al., 2009).

El MCMI-III cuenta con 5 índices de validez: Sinceridad (X), Deseabilidad Social (Y), Devaluación (Z), Validez (V) e Inconsistencia (W), y con 24 escalas clínicas (14 patrones clínicos de personalidad y 10 síndromes clínicos; Millon et al., 2009). En el MCMI-III, cada una de las escalas del Eje II representa una medida operativa sobre un síndrome derivado de una teoría de la personalidad (Millon et al., 2009). Las escalas del Eje I no se derivan explícitamente de la teoría; sin embargo, se refinan en términos de su marco teórico generativo (Millon et al., 2009). Las elevaciones de las escalas y las configuraciones se pueden utilizar para sugerir diagnósticos específicos de los pacientes e información acerca de dinámicas clínicas, así como hipótesis comprobables sobre la historia social y el comportamiento actual del paciente (Millon et al., 2009). De esta manera, una interpretación más completa y dinámica de las relaciones entre la sintomatología, el comportamiento de afrontamiento, el estilo interpersonal y la estructura de la personalidad, pueden derivarse de un análisis detallado del patrón de configuración obtenido de las 24 escalas clínicas (Millon et al., 2009).

La estructura de la prueba MCMI-III es paralela a la del DSM en varios niveles. En primer lugar, las escalas del Eje II incluyen las dimensiones de personalidad que han formado parte del DSM desde su tercera edición (Millon et al., 2009). En segundo lugar, las escalas MCMI-III se agrupan en las categorías de personalidad y de psicopatología para reflejar la distinción que hace el DSM entre el Eje I y el Eje II (Millon et al., 2009). Más allá de dicha distinción, las escalas dentro de cada eje se agrupan según el grado de severidad de la psicopatología: Patrones clínicos de la personalidad (Esquizoide, Evitativa, Depresiva, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-sádico, Compulsiva, Negativista, Masoquista); Patología severa de la personalidad (Esquizotípico, Límite y Paranoide); Síndromes clínicos (Trastorno de Ansiedad, Somatomorfo, Bipolar, Distimia, Dependencia de alcohol, Dependencia de sustancias, Estrés Postraumático); y Síndromes clínicos graves (Trastorno del Pensamiento, Depresión mayor y Trastorno Delirante) que tienen una naturaleza de tipo más psicótica (Millon et al., 2009).

Reflejando un deterioro insidioso y lento de la estructura de la personalidad, los patrones de personalidad esquizotípica, límite y paranoide, difieren de la estructura básica de la personalidad en varios criterios, especialmente en un déficit alrededor de la competencia social y frecuentes, aunque reversible, episodios psicóticos (Millon et al., 2009). Estos tres patrones de personalidad son menos efectivos para hacer frente a las dificultades diarias de la vida y están menos integrados en términos de organización de la personalidad, por lo que este tipo de pacientes son especialmente vulnerables a las tensiones cotidianas (Millon et al., 2009).

La prueba MCMI-III no es un instrumento de personalidad que deba ser utilizado con la población general o para otros fines que no sean la exploración diagnóstica o la evaluación clínica (Millon et al., 2009). Los datos normativos y las puntuaciones de

transformación para la prueba MCMI-III se basan enteramente en muestras clínicas, y son aplicables solamente a individuos que evidencian síntomas problemáticos emocionales e interpersonales o que están atravesando por psicoterapia o evaluaciones psicodiagnósticas (Millon et al., 2009). Las puntuaciones superiores a una BR de 85, son indicadores de la presencia de un trastorno o de la prominencia del mismo. La consistencia interna del MCMI-III va de .66 a .90, y la confiabilidad de prueba y pos prueba es de .91 (Millon et al., 2009). Esta herramienta permitirá un mejor diagnóstico del TLP y del TNP, ya que en el MMPI-2, este puede no quedar muy claro debido a que no existen configuraciones específicas en las escalas clínicas que identifiquen dichos trastornos.

Grid of Problematic States (GPS).

El GPS se basa en la teoría de la mente de Horowitz, que describe patrones recurrentes de experiencia y comportamiento (Semerari et al., 2003). Dicha herramienta está diseñada para ser utilizado en transcripciones de sesiones de psicoterapia y se centra en episodios narrativos del diálogo del paciente (Semerari et al., 2003). A través de una exhaustiva investigación, los autores demostraron que el GPS es una herramienta confiable al momento de evaluar la desorganización y la agrupación en categorías de constructos estables (estados mentales) relacionados a temas de pensamiento, emociones y sensaciones somáticas (Semerari et al., 2003).

En la psicoterapia cognitiva, los terapeutas evalúan pensamientos e imágenes que preceden, acompañan y acarrear emociones y sensaciones físicas (Semerari et al., 2003). Los clínicos cognitivos se centran en el esquema subyacente, pues la cognición es puesta en primer plano debido a la facilidad de ser utilizada de forma práctica en el ámbito terapéutico (Clark, 1995, citado en Semerari et al., 2003). Si la cognición, la emoción y la sensación somática se encuentran íntimamente relacionadas, un cambio terapéutico puede ocurrir a

través de la modificación o alteración de la atmósfera emocional-somática, facilitando así un cambio cognitivo global (Semerari et al., 2003).

Según la teoría de la mente de Horowitz (1987, 1991, citado en Semerari et al., 2003), un estado mental es un patrón recurrente de la experiencia subjetiva del individuo y de su conducta, verbal o no verbal. Los estados mentales del paciente son comúnmente aparentes durante una entrevista clínica, pues son evidentes a través de cambios en la expresión facial del paciente, la entonación de la voz, el enfoque y contenido de las narraciones, el grado de auto-reflexión, la excitación general que experimenta alrededor de la narrativa, la naturaleza de su empatía hacia el profesional, entre otras cualidades comunicativas (Semerari et al., 2003).

El primer paso en la construcción de dicha herramienta de investigación fue recopilar una lista de diferentes temas de pensamiento, emociones y sensaciones corporales que, según la experiencia clínica de los autores y la literatura disponible, son relevantes en la psicoterapia (Sememari et al., 2003). Los temas de pensamiento se derivaron principalmente de la literatura cognitiva (Sememari et al., 2003). En particular, se hace referencia a la teoría del apego de Bowlby (1969/1982, 1979, citado en Sememari et al., 2003) y al trabajo cognitivo clásico sobre los temas de depresión y ansiedad de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, Ellis, 1962, citados en Sememari et al., 2003). El GPS está conformado por tres dominios. En primer lugar, se encuentran los temas de pensamiento (véase Figura I, Construcciones 1-19), que se derivan principalmente de la literatura cognitiva psicoterapéutica (Semerari et al., 2003). En segundo lugar, la lista de emociones (véase Figura I, Construcciones 20-29) se basa en el conjunto de emociones básicas consideradas universales para todos los seres humanos (Semerari et al., 2003). Finalmente, el dominio de las sensaciones y los estados somáticos (véase Figura I, Construcciones 30-32) clasifica la

forma en que los pacientes describen la percepción subjetiva de su cuerpo y la integridad de su estado de conciencia (Semerari et al., 2003).

Una contribución importante en la comprensión de la relación entre la cognición, la emoción y los estados corporales ha sido hecha por el neurocientífico Antonio Damasio (1994, 1999, Semerari et al., 2003). Según su comprensión, la conciencia de un sentimiento comienza cuando las imágenes mentales se conectan en circuitos específicos del cerebro a la percepción de estados corporales. El cerebro está constantemente monitoreando este proceso (Semerari et al., 2003). Por lo tanto, los escenarios mentales están "marcados" por los recuerdos de estados corporales positivos o negativos (Semerari et al., 2003).

Los autores prestaron especial atención a temas relevantes en cuanto a trastornos de la personalidad, basándose en los criterios del DSM-IV y en las publicaciones de autores orientados hacia la psicoterapia cognitiva (Semerari et al., 2003). Por ejemplo, la investigación indica que los pacientes que sufren de trastorno límite de la personalidad y trastornos disociativos, a menudo relacionan sus vidas de una manera confusa, fragmentada y desconectada (Liotti, 2000). De igual manera, el GPS cuenta con una serie de temas que representan el concepto de autoeficacia propuesto por Bandura, concepto que, por las dificultades centrales en el TLP, resulta clave para este trastorno (1977, citado en Semerari et al., 2003).

La justificación de esta elección es que, según la psicología narrativa, al narrar partes de su autobiografía, los individuos se concentran en momentos específicos, cada uno de los cuales incluye un motivo para contar la historia, un momento definido en el tiempo y personajes específicos que interactúan con el narrador, dialogando sobre temas relevantes a su existencia (Nicolò et al., 2008). Los estados mentales pueden ser identificados en las transcripciones de la sesión terapéutica a partir de una asociación entre temas de pensamiento

específicos, estados somáticos y emociones que surjan con una determinada frecuencia en el discurso del paciente (Nicolò et al., 2008). En tanto la ubicación, el tiempo y el tema de la narrativa del paciente se alteran, con nuevos personajes entrando y otros desapareciendo de escena, surge un cambio en el significado atribuido a los eventos, la representación del mundo y el valor global de la experiencia del paciente.

Dichas transiciones son vistas como marcadores narrativos, marcadores que indican que el estado mental del paciente ha cambiado (Nicolò et al., 2008). Es importante mencionar que un episodio narrativo se caracteriza por un comienzo, un despliegue, una secuencia espacio-temporal y por asociaciones coherentes entre los elementos narrativos (Nicolò et al., 2008). Por tanto, una historia confusa, en la que los componentes de la narración se mezclan, sin la posibilidad de identificar un orden, tiene que ser excluida del análisis (Nicolò et al., 2008).

Un episodio narrativo se refiere a componentes particulares como: la descripción detallada de emociones, sensaciones físicas y pensamientos que los pacientes elaboran en su narrativa cuando se refieren a lo sucedido en su experiencia. Estos pueden referirse a: relaciones con los demás; relaciones entre otros relevantes, incluso en ausencia del paciente; a pensamientos detallados sobre la experiencia subjetiva del paciente; y, finalmente, a fantasías (Nicolò et al., 2008). El objetivo de este análisis es apuntar al agrupamiento de los constructos que surgen dentro de los episodios narrativos (NE, por sus siglas en inglés) de cada uno de los pacientes, para así formar una idea de los estados mentales subyacentes de la experiencia subjetiva de cada uno de ellos durante la narración de dichos episodios (Dimaggio et al., 2008).

El GPS es similar a la red de repertorio desarrollada por Kelly en el año 1995 (Dimaggio et al., 2008). Las filas constan de 32 constructos divididos en tres dominios –temas

de pensamiento, emociones y sensaciones somáticas- para cubrir las diversas formas en que la experiencia subjetiva del paciente que aparecen en la expresión oral en forma de estados mentales (Dimaggio et al., 2008). Un constructo, sea este una emoción o una idea, forma parte del sistema de significado que las personas elaboran para dar sentido a los acontecimientos de su existencia, extraer información relevante de la corriente de elementos que encuentran en el diario vivir y prever lo que es probable que suceda en su vida social y personal (Dimaggio et al., 2008).

Dichos constructos están organizados en un continuo bipolar, es decir, con valencias positivas y negativas (ej. falta de cuidado/ recibir atención; véase la Figura I; Dimaggio et al., 2008). Esto permitirá identificar no sólo las variaciones entre temas, sino también las oscilaciones de un eje negativo a otro positivo (Dimaggio et al., 2008). En este sentido, los NEs son la unidad de discurso en el análisis; los constructos forman las filas de la cuadrícula y los NEs representan las columnas (Angus, Levitt, & Hardtke, 1999, citados en Dimaggio et al., 2008).

Los constructos se califican a partir de una escala de Likert de 7 puntos que representa tanto la valencia como la intensidad de las construcciones. Cada constructo se identifica con una letra mayúscula -T para los temas de pensamiento, E para las emociones y S para los estados somáticos- un número cronológico y una letra pequeña representa la polaridad del lugar en dónde se sitúa tal constructo (n [negativo] o p [positivo]; Dimaggio et al., 2008). Una puntuación de 1 a 3 indica una polaridad negativa, una puntuación de 4 indica que la constructo no está presente y, finalmente, una puntuación de 5 a 7 indica una polaridad positiva. Las puntuaciones extremas indican una intensidad máxima (Dimaggio et al., 2008).

Los evaluadores cuentan con un manual para localizar NEs e identificar constructos (Dimaggio et al., 2008). Se numerarán los NEs en orden cronológico para después evaluar

qué constructos se encuentran presentes en cada uno de dichos episodios y con qué intensidad (Dimaggio et al., 2008). Para cada sesión terapéutica (TS), se utilizará un número variable de episodios narrativos con el objetivo de definir la valencia e intensidad de los constructos por episodio narrativo (Dimaggio et al., 2008). Tres TS constituyen una fase terapéutica (TP), siendo un período de observación lo suficientemente largo (5 TP) como para recaudar la suficiente información para realizar un análisis estadístico (Dimaggio et al., 2008). De esta manera, es razonable suponer que durante dicho período, la experiencia de los pacientes será lo suficientemente consistente como para ser rastreada. Con esta unidad de tiempo, será factible detectar cualquier cambio en los estados mentales del paciente de una fase terapéutica a otra, o verificar si se mantienen estables a lo largo del proceso terapéutico (Dimaggio et al., 2008).

En cuanto a los constructos, tres evaluadores capacitados, todos con experiencia clínica (7 a 20 años), que desconocen el diagnóstico de cada uno de los pacientes, la identidad del terapeuta, y la fecha exacta de las sesiones, registrarán los episodios narrativos sesión por sesión (Dimaggio et al., 2008). Para estimar la concordancia entre jueces, se calculará el coeficiente de correlación intraclase (ICC, por sus siglas en inglés), indicador de la fiabilidad de las calificaciones otorgadas por varios jueces a un subconjunto de datos obtenidos (Dimaggio et al., 2008).

A pesar de que ha sido aplicado a número limitado de casos individuales, el GPS muestra características de validez prometedoras. Dicha herramienta ha sido aplicada a cinco casos terapéuticos y los resultados fueron consistentes con los diagnósticos categóricos de cada caso psicológico: uno de depresión mayor simple, uno de depresión mayor y fobia simple, y otros de trastorno de personalidad narcisista (Carcione et al., 2001, Dimaggio et al., 2008). Además, la totalidad de la experiencia, medida a partir de prevalencia de polos

positivos o negativos de los constructos, fue muy similar a los resultados obtenidos con el Modelo de Ciclos Terapéutico (MTC, por sus siglas en inglés, Mergenthaler, 1996, citado en Nicolò et al, 2008) en todos los casos analizados.

Así, a partir del número total de individuos reclutados que cumplan con las condiciones anteriormente mencionadas, es decir con un diagnóstico de TLP (y sus ex parejas con un diagnóstico de TNP), se elegirán a través de un medio mecánico, como lo son las tablas de números aleatorios, 5 participantes para conformar la muestra de la investigación en cuestión. Dichas pacientes serán sometidas entonces, a un número de 15 sesiones de terapia cognitiva conductual a lo largo de 5 semanas, es decir 3 sesiones terapéuticas a la semana. Se aplicará entonces el GPS en las transcripciones de las narrativas de cada una de las pacientes con el objetivo de evaluar episodios narrativos e identificar los constructos subyacentes.

Descripción de participantes

La muestra de la presente investigación requiere de 5 individuos de sexo femenino, mayores de edad, que cumplan con los criterios diagnósticos de un trastorno límite de la personalidad y que hayan atravesado por una relación con un individuo que cumpla con las características para poder ser diagnosticado con un trastorno narcisista de la personalidad. El reclutamiento de la muestra se realizará a través de los profesionales de la salud mental cuya práctica clínica se realice en la ciudad de Quito-Ecuador, solicitando a los profesionales que alienten a sus pacientes a formar parte del estudio. Aquellas personas que acepten ser parte de la investigación serán sometidas al MMPI-2 y al MCMI-III, para confirmar un diagnóstico de TLP. Sus parejas o ex parejas, serán retribuidas con una suma de dinero que funcione como incentivo para que, a partir de su consentimiento, se les pueda aplicar dichos inventarios de la personalidad. Más adelante, se realizará un muestreo probabilístico aleatorio simple con

aquellas participantes que cumplan con un diagnóstico de un TLP, al tiempo que sus parejas o ex parejas cumplan con criterios diagnósticos de un TNP, validado tanto por el MMPI-2, como por el MCMI-III.

Reclutamiento de los participantes

Para el reclutamiento, se informara a los profesionales de la salud mental de hospitales privados, públicos, y consultas privadas de las características individuales del paciente necesarias para formar parte de la investigación. A aquellas personas que accedan a formar parte del estudio, obtendrán incentivo económico de 25 dólares, al igual que sus ex parejas. A continuación, se procederá a cumplir con los procedimientos éticos, donde los participantes deberán firmar un consentimiento informado en el que se estipularán sus derechos, la confidencialidad y, los riesgos y beneficios, que implica su participación. Finalmente, los participantes serán sometidos al MMPI-2 y al MCMI-III, en días distintos, para evitar la fatiga del participante (el MMPI-2 tiene una duración de aplicación de alrededor de 60 a 90 minutos y el MCMI-III, tiene una duración aproximada de 20 a 30 minutos).

Una vez confirmado el diagnósticos de los participantes, se escogerán 5 individuos a través de un medio mecánico como lo son las tablas de números aleatorio para conformar la muestra de la investigación en cuestión. Dichas pacientes serán sometidas entonces, a un número de 15 sesiones de terapia cognitiva conductual a lo largo de 5 semanas, es decir 3 sesiones terapéuticas a la semana. Se aplicará entonces el GPS en las transcripciones de las narrativas de cada una de las pacientes con el objetivo de evaluar los episodios narrativos e identificar los constructos y estados mentales subyacentes.

Consideraciones éticas.

Cada individuo deberá firmar un contrato de consentimiento previo a su participación. Dicho contrato estipula de manera detallada los objetivos del estudio. El contrato informa al paciente que las sesiones serán grabadas para ser analizadas posteriormente, además de los derechos de confidencialidad de los participantes y su libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento sin implicaciones negativas. Con el objetivo de asegurar el anonimato de los participantes, se asignará un número de tres dígitos a cada uno de ellos. A lo largo de la investigación se trabajará a través de dicho código numérico y será únicamente el investigador quien estará al tanto de a quién pertenece la cifra. La información recabada de los participantes será destruida de forma inmediata al terminar la investigación. Es importante mencionar que la terapia cognitiva conductual ha sido elegida, no sólo por que encaja perfectamente con el objetivo del estudio, sino porque cuenta con una historia prolongada de evidencia empírica acerca de su eficacia. El estudio pretende ante todo preservar la integridad de cada uno de los participantes, por lo que sus ex parejas no tendrán ninguna información adicional respecto a su participación en el estudio.

RESULTADOS ESPERADOS

En base a la revisión literaria, se espera obtener un número de 50 episodios narrativos a lo largo de las 15 sesiones terapéuticas, con un promedio de 3.3 episodios narrativos por sesión (Nicolò et al., 2008). Para el análisis de los estados mentales de cada paciente, se utilizará un criterio de frecuencia de selección de constructos. Se tomarán a consideración todos los constructos con una frecuencia global de ocurrencia del 10% o más a lo largo de todo el tratamiento (Nicolò et al., 2008). El siguiente paso en el análisis de los resultados, se centra en la identificación de agrupamientos (estados mentales) recurrentes para los constructos más significativos con respecto a los diferentes dominios (temas mentales, emociones y sensaciones somáticas). Esto permitirá una primera visión de los posibles estados mentales subyacentes del paciente, y su evolución en el transcurso de la psicoterapia (Semerari et al., 2003).

A partir del GPS, podemos superar el problema que podría encontrar el clínico cuando los pacientes no pueden representar todos los elementos de su experiencia subjetiva (como suele suceder en pacientes con TLP; Semerari et al. 2003). Es importante mencionar que el presente estudio, prestó especial atención a temas que resultan de particular importancia para los pacientes con trastornos límite de la personalidad, siguiendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (quinta edición, DMS-5).

Con el fin de facilitar la lectura, el lector encontrará en anexos una clave que describe las abreviaciones utilizadas en esta sección del trabajo para la descripción de los estados mentales a lo largo de las 15 sesiones de psicoterapia (sesión terapéutica, fase terapéutica, temas de pensamiento, emoción y sensación somática).

A partir del GPS, se espera encontrar grupos estables de temas de pensamiento, emociones y estados somáticos en la fase inicial de la terapia (TP1) y, en las fases

intermedias (TP2, TP3 y TP4) antes de un posible cambio terapéutico (TP5; Semerari et al., 2003). Sin embargo, es importante mencionar que la literatura ha encontrado evidencia de que aquellos pacientes que sufren de un trastorno límite de la personalidad, a menudo relacionan sus vidas de una manera confusa, fragmentada y desconectada (Liotti, 2000, citado en Semerari et al., 2003). No obstante, mediante la utilización de esta herramienta se podrá observar la posible desorganización que a menudo está presente en estos pacientes (por ejemplo, podríamos no encontrar formaciones de estados mentales estables a lo largo del tratamiento; Semerari et al., 2003).

En la primera fase terapéutica (TP1; TS 1, 2, 3), se espera encontrar la agrupación de los siguientes constructos: T5n (Refusal, exclusion, detachment); E20n (Fear, anxiety); y E25 (tanto en su polaridad positiva, Admiration, Emulation, como en su polaridad negativa, Contempt). A este primer estado mental se ha decidido llamar “Shock emocional”.

En la segunda fase terapéutica (TP2; TS 4, 5, 6), se espera encontrar la agrupación de los siguientes constructos: T9n (Feeling neglected, loneliness, loss); T9p (Closeness, presence); T15n (Low Self-Esteem); E21n (Sadness, Depression); E28n (Anger); S31n (Abulia, Astenia, Weackness); S32n (Incontrollable physical arousal). A este segundo estado mental se ha decidido colocar bajo el nombre de “Fase de anhelo y búsqueda de la figura pérdida”.

En la tercera fase terapéutica (TP3; TS 7,8,9), se espera encontrar la agrupación de los siguientes constructos: T1n (Missing Care, Missing Help); T8n (Injustice, unjustified caused harm); T9n (Feeling neglected, loneliness); T10n (Losing Control); E21n (Sadness, depression); E28n (Anger); S31n (Abulia, astenia, weackness). A este tercer grupo de constructos se le dio el nombre de “Desorganización y Desesperación”.

En la cuarta fase terapéutica (TP4; TS, 10,11, 12), se espera encontrar la agrupación de los siguientes constructos: T6n (Threat, danger, assault); T19n (Low Self-Efficacy); E20n (Fear, anxiety); E24n (Indifference, coldness); E25n Contempt; E27n (Guilt); E28n (Anger); S32n (Uncontrollable physical arousal). A esta agrupación de constructos se le ha dado el nombre de “Probable Trauma”.

En la quinta y última fase terapéutica (TP5; TS, 13,14,15), se espera encontrar la agrupación de los siguientes constructos: T1p (Received care- received help); E24p (Pity, tenderness); S30p (Cohesion); S32n (Uncontrollable physical arousal). A este último estado mental se le dio el nombre de “Restablecimiento”. (Para una descripción detallada de los estados mentales esperados, véase en Anexos la Tabla I).

A continuación se describen y analizan a profundidad cada uno de los estados mentales esperados en las cinco fases terapéuticas. El lector podrá notar que los 5 estados mentales descritos hacen referencia a las etapas de duelo descritas en la literatura de Ortuño (2010), es decir, “al conjunto de síntomas que se producen en respuesta a la pérdida de un ser querido” (p.238). Es importante mencionar, que la naturaleza de la pérdida puede ser atribuida, no sólo al fallecimiento, sino también a una separación (Ortuño, 2010).

El estado mental de “Shock Emocional” se encuentra íntimamente relacionado a la primera etapa de duelo descrita por Ortuño (2010), en la cual el sujeto reacciona con incredulidad, angustia y miedo ante la pérdida del ser querido. El sujeto se encuentra en un estado de negación respecto a la pérdida inminente y puede demostrar una especie de embotamiento afectivo (Ortuño, 2010). Adicionalmente, para este primer estado mental, se espera que el paciente experimente una ambivalencia afectiva, experimentando de esta manera la coexistencia simultánea de dos afectos contrarios hacia un mismo individuo. Esto es evidente si analizamos la presencia del constructo E25, presente tanto en su polaridad

positiva (admiración, emulación), como en su polaridad negativa (desprecio), hacia la ex pareja. Es preciso resaltar, que dicha ambivalencia afectiva, es esperable, si se toma en consideración la etiología (un estilo de apego ansioso-ambivalente) y la presentación del TLP (la inestabilidad afectiva característica de estos pacientes y el rápido paso de la devaluación a la idealización).

De igual manera, el segundo estado mental esperado en el paciente fue nombrado a partir de la segunda etapa de duelo propuesta por Ortuño (2010), “Fase de anhelo y búsqueda de la figura pérdida”. En este caso se espera que el paciente se encuentre en una especie de búsqueda constante o recuerde fervientemente a la pareja pérdida (Ortuño, 2010). La búsqueda constante del ser querido y el anhelo de su presencia, se representa bajo el constructo T9p (Closeness, presence) en la narrativa del paciente. El vacío afectivo, característico del TLP es uno de los constructos más significativos en esta segunda etapa terapéutica. Se identifica este “vacío afectivo” a partir de la presencia del constructo T9n, en el que prevalecen los temas de rechazo, soledad y pérdida. Siguiendo el entendimiento de Ortuño (2010), en esta segunda etapa se espera que el paciente experimente inquietud psicomotriz (S32n) e ira (E28n). Esta agrupación de constructos es de particular interés, pues en lugar de esperar una autoestima estable, tal y como aparece en la descripción de Ortuño (2010), la presente investigación espera que, en esta etapa, se exacerbe la falta de identidad tan característica del TLP, y por tanto, se desestabilice el sentido del sí mismo y con él la autoestima. Más aún, la investigación indica que la falta de autoestima está estrechamente ligada a un estado emocional depresivo (E21n), estado que se espera este presente en el paciente en esta segunda etapa terapéutica. Adicionalmente, este estado mental se ve conformado además por una sensación física de abulia, astenia y debilidad (S31n), síntomas también característicos del estado depresivo.

El estado de “Desorganización y desesperación”, también nombrado a partir de la literatura de Ortuño (2010), se caracteriza por un estado mental de soledad y negligencia percibida (T9n), injusticia y daño injustificado (T8n), además del pensamiento de “estar fuera de control” (T10n). Adicionalmente, en esta tercera etapa, se vuelve a ver un estado de ánimo depresivo (E21n) e ira (E28n) en la forma de irritabilidad. En esta etapa de desesperación, se espera que el paciente experimente falta de atención y de ayuda (T1n), pues en presencia de un trastorno afectivo como lo es la depresión, la literatura encuentra que, por lo general, no existe una respuesta por parte del paciente ante el apoyo socio-familiar (Ortuño, 2010). La sensación física de abulia, astenia y debilidad (S31n), también forma parte de esta agrupación de constructos.

En la cuarta fase terapéutica, el estado de “Trauma”, es el estado mental que prevalece. Este estado no forma parte de las etapas de duelo descritas por Ortuño (2010). En su lugar, es un estado por el que se espera que atraviese el paciente con TLP, al revivir el abandono experimentado por la pérdida de la pareja. Este estado se asemeja a los síntomas de estrés postraumático (TEPT), donde el paciente experimenta ansiedad y miedo (E20n), culpa (E27n), e ira (E28n). Adicionalmente, se espera ver surgir temas de pensamiento relacionados a una amenaza o peligro inminente (T6n), además de una percepción de autoeficacia disminuida (T19n), característica del TLP. El constructo T6n es de especial relevancia, pues puede ser confirmado por el clínico a través de los resultados obtenidos en el MMPI-II, donde es probable que haya resultado una elevación en la escala 6 (Pa). Resulta interesante que en esta fase terapéutica, a diferencia de los resultados esperados en TP1, donde se espera la presencia simultánea de los polos opuestos del constructo E25, que se traducen en una ambivalencia afectiva, en esta fase, se espera únicamente la presencia del polo negativo de dicho constructo.

Dicho cambio en el dominio emocional del paciente es atribuible al surgimiento de un nuevo constructo (E24n), pues se espera que la paciente empiece a experimentar una suerte de indiferencia afectiva, una frialdad emotiva alrededor de la pérdida. Dicha previsión es consecuente con los síntomas del TEPT (distanciamiento emocional; Ortuño, 2010). Otro síntoma, también característico del TEPT, es la hipervigilancia, por lo que es esperable que el constructo S32n (Uncontrollable physical arousal) vuelva a ser evidente en esta cuarta etapa (Ortuño, 2010). En el TEPT, los síntomas tienden a aparecer en los 6 meses posteriores al acontecimiento traumático (en este caso la pérdida del ser querido; Ortuño, 2010). Sin embargo, en algunos casos pueden iniciar pasado este periodo (demorado) o incluso puede ocurrir un periodo de latencia entre el acontecimiento y el inicio de los síntomas y su duración puede ser menor a tres meses (agudo) o mayor (crónico; Ortuño, 2010). En el caso que fuere, es esperable que para esta fase terapéutica dichos síntomas ya estén presentes en la narrativa del paciente.

Finalmente, en la TP5, encontramos el estado mental al que se decidió llamar “Restablecimiento”. Para esta etapa, se vuelve a hacer referencia a las etapas del duelo propuestas por Ortuño (2010). Ortuño (2010) propone que para esta etapa del duelo (4ta etapa en su literatura), el individuo establezca nuevos patrones y objetivos, retornando así a la actividad normal del paciente. La presente investigación espera que en la narrativa del paciente, en el dominio de temas de pensamiento, surja el constructo T1p, en el que el paciente reconozca, a través de la narrativa, la ayuda recibida, experimente una sensación de cohesión (S30p) y comience a sentir una suerte de “pena/ternura” (E24p) hacia la ex pareja. Sin embargo, se espera que la sensación de excitación física (S32n) siga presente, aunque en una menor intensidad.

Discusión

A lo largo de curso terapéutico, es posible identificar distintos tipos de estados mentales. La presente investigación, esperó encontrar 5 estados mentales, unos independientes y otros que coexistan, a través de las TP5. Los primeros 2 estados mentales (“Shock Emocional” & “Fase de anhelo y búsqueda de la figura pérdida”) aparecen de forma independiente, es decir, no cuentan con ningún constructo en común. Por otro lado, los estados mentales de la TP2 y la TP3 (“Fase de anhelo y búsqueda de la figura pérdida” & “Desorganización y Desesperación”), comparten 4 constructos (T9n, E21n, E28n y S31n).

Más adelante, la TP3 y la TP4 (“Desorganización y Desesperación” & “Probable Trauma”), tienen en común 1 constructos (E28n); mientras que, con el estado mental esperado en la TP2, la TP4 comparte dos constructos (E28n y S32n). Finalmente, la TP2, la TP4 y la TP5, comparten el constructo S32n.

Más aún, la TP5, comparte un constructo tanto con la TP3 (T1n vs T1p) y la TP4 (E24n vs E24p), pero lo hace directamente en su polaridad contraria, lo que puede ser un indicador de cambio terapéutico.

El constructo que prevalece en las 3 etapas intermedias del tratamiento (TP2, TP3 y TP4) es el E28n (Anger). Este resultado esperado resulta particularmente interesante, pues concuerda perfectamente con el criterio 8 presente en el DSM-5 (APA, 2010) para la descripción del TLP. Dicho criterio resalta la ira inapropiada e intensa, o la dificultad para controlar el enojo, tan característica en estos pacientes (APA, 2010). Así, el hecho de que para la TP5, el constructo E28n esté ausente, puede ser también un indicador de cambio terapéutico en el dominio emocional.

Finalmente, el hecho de que los constructos T1n y E24n, aparezcan en la TP5, en su polaridad positiva (T1p y E24p), también pueden representar indicadores de cambio

terapéutico. Es importante mencionar que la investigación espera que para el final del tratamiento el paciente experimente aún una suerte de excitación fisiológica (en menor intensidad), por lo que se espera que el constructo S32n siga presente en la TP5.

Por tanto, la pregunta de investigación que plantea el presente estudio puede ser contestada de 3 maneras distintas, es decir, alrededor de los temas de pensamiento, emoción y sensaciones somáticas, que se espera hayan aparecido en la narrativa del paciente a lo largo del curso terapéutico.

En concordancia con la revisión literaria, los temas de pensamiento, emociones y sensaciones somáticas que se espera estén presentes en la narrativa del paciente a lo largo de las 5 fases terapéuticas, giran entorno a la decepción romántica, las experiencias y miedos alrededor del abandono, que se espera que el paciente experimente ante la separación. A pesar de que la mayor parte de constructos esperados en la narrativa del paciente, son congruentes con los criterios diagnósticos del TLP descritos en el DSM-5, se espera que estos se vean exacerbados dada la crisis emocional aguda por la que el paciente atraviesa ante el abandono percibido, separación o pérdida de la ex pareja. Más aún, es esperable que el haber atravesado por una relación con una pareja que cumpla con los criterios diagnósticos para un trastorno narcisista de la personalidad, sea un factor que actúe como disparador de la intensificación de los sentimientos de soledad, de la inestabilidad emocional, de los problemas en el control de los impulsos, de la autoestima disminuida, de los sentimientos crónicos de vacío y de aquel intenso miedo al abandono.

La pareja TLP, entró en la relación con el individuo narcisista con un estilo de personalidad complaciente, que terminó profundizando la ansiedad y el miedo en forma de una respuesta reactiva al control, al poder, al abuso psicológico, y la agresión exhibida por el individuo con TNP. Es común que las mujeres con TLP se muestren complacientes en

presencia de un individuo con TNP, que sobrevaloren la “masculinidad”, que hayan crecido anhelando la figura de un padre ausente y negligente, y que hayan definido a la masculinidad en formas estereotipadas de agresividad.

Así, congruente con los resultados esperados, la pareja límite a menudo ofrecerá en terapia, historias de inmensa atracción a los “dones” de la pareja con TNP, al tiempo que expresará en sus narrativas un imperioso desánimo respecto al comportamiento caótico del individuo narcisista y a sus “tácticas” rígidas de control en la relación, narrativas que ponen de manifiesto una gran ambivalencia afectiva. Esto ocurre debido a que en la relación con un individuo con TNP, el individuo narcisista utiliza los temores de la pareja límite como herramientas de des-empoderamiento. Con el tiempo, es de esperar que la pareja límite se vuelva cada vez más temerosa, dependiente y desprotegida. Más aún, de acuerdo con el estudio de Schneider & Sadler (2007), la pareja de un individuo con TNP, a menudo se presentará a terapia con síntomas profundos de des-empoderamiento, depresión, ansiedad, y un miedo intenso al abandono, síntomas que se asemejan a los del TEPT.

Finalmente, mediante la psicoterapia cognitiva, el terapeuta puede ayudar a aclarar la confusión y la ambivalencia del individuo límite respecto a su pareja, al facilitar psicoeducación sobre las características y el estilo interpersonal característico de la forma de relacionarse de un individuo narcisista. Al centrarse en la observación de la realidad de la relación y en la patología subyacente a la personalidad del individuo narcisista, el terapeuta cognitivo ayuda al individuo límite a dejar de fantasear sobre "lo que la relación debió haber sido", disminuyendo así la idealización hacia la pareja, para empezar a mirarlo con una suerte de “pena”, en lugar de admiración. Esto permite el re-empoderamiento de la víctima y cambia el enfoque inicial de observar al individuo con TNP, a observar el funcionamiento interno del yo. Es así que la terapia se vuelve la fuente del despertar de la relación del

individuo limítrofe con el poder personal y la autoeficacia, así como también del inicio de la regulación afectiva, recuperando finalmente la energía destinada al autocuidado y al crecimiento personal.

Limitaciones del estudio

Una importante limitación que encuentra el estudio es que al trabajar con pacientes con TP, enorme comorbidad que hay entre trastornos de personalidad, por lo que la unicidad de cada trastorno de personalidad se vuelve difícil de determinar. Por otro lado, al basarse en las narrativas alrededor de la experiencia, la subjetividad de la narración en sí misma se vuelve una limitación; más aún al tratarse de sujetos con un trastorno de la personalidad, pues la literatura indica que estos sujetos suelen experimentar una suerte de narrativa desorganizada y/o fragmentada. En cuanto a la muestra, el estudio consideró un número limitado de participantes debido a que la intervención propuesta era de tipo psicoterapéutico, intervención que varias horas de trabajo, tiempo y dedicación por parte del terapeuta.

En segundo lugar, al considerar únicamente a aquellas pacientes diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad que han atravesado por una relación con un individuo con trastorno narcisista de la personalidad, se corre el riesgo de que este segundo diagnóstico no pueda ser verificado por el investigador a causa de la disponibilidad de la expareja.

En tercer lugar, el hecho de que la presente investigación no cuente con un grupo control (individuos con TLP con una pareja que no cumpla con los criterios diagnósticos para TNP) a partir del cual comparar la narrativa de las pacientes, no es posible responder con certeza cómo y hasta qué punto el haber atravesado por una relación con un individuo con TNP afecta a la experiencia subjetiva de individuos con TLP.

Finalmente, al abordar un tema del cuál no existe vasta investigación, no se sabe con certeza si la terapia cognitiva es la elección predilecta para tratar los síntomas relacionados al abandono para esta población.

Recomendaciones para futuros estudios

Para futuros estudios, se recomienda contar con un grupo control de individuos límite que hayan atravesado por una relación con un individuo que no cumpla con los criterios diagnósticos para un TNP. Adicionalmente, se recomienda ampliar la muestra con el objetivo de obtener resultados más significativos para esta población. Finalmente, se recomienda realizar una investigación alterna con el fin de analizar qué tipo de psicoterapia obtiene mejores resultados en el tratamiento de los síntomas de des-empoderamiento y miedo al abandono en esta población.

REFERENCIAS

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Oxford: Erlbaum.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44,709-716.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andreasson, K., Krogh, J., Rosenbaum, B., Gluud, C., Jobes, D. A. & Nordentoft, M. (2014). TheDiaS trial: dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality on self-harm in patients with a recent suicide attempt and borderline personality disorder traits - study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15194. doi:10.1186/1745-6215-15-194
- Beck, A., Freeman, A., Davis, A., Denise, D.(1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation:Anxiety and anger*. New York: BasicBooks.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss*. NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1913). *Attachment and Loss: Separation, anxiety and anger*. NY: Basic Books.
- Brennan, K.A. & Shaver, P.R. (1995). Dimensions of Adult Attachment, Affect Regulation, and Romantic Relationship Functioning. *Society of Personality and Social Psychology*, 21(3), 267-283.
- Butcher, J.N. (1997). *Personality Assessment in Managed Health Care: Using the MMPI-2 in Treatment Planning*. New York: Oxford University Press
- Campbell, W. K., & Miller, J. D. (2011). *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder*. John Wiley & Sons.
- Campo, C. & D'Ascenzo, I. (2011). El Trastorno Límite de la Personalidad: Diagnóstico e Intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista Redes*, 2(24), 23-53.
- Carlson, J., & Sperry, L. (1998). *The disordered couple*. Pennsylvania: Brunner/Mazel Publishers.

- Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1311–1334.
- Corman, L. (1997). *Narcicismo y frustración de amor*. Barcelona: Editorial Herder, S.A.
- Czuchta Romano, D.M. (2004). A Self-Psychology Approach to Narcissitic Personality Disorder: A Nursing Reflection. *Perspectives in Psychiatric Help*, 40(1), 20-28.
- Daley, S.E., Burge, D., Hammen, C. (2000). Borderline Personality Disorder Symptoms as Predictors of 4-Year Romantic Relationship Dysfunction in Young Women Addressing Issues of Specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 451-460.
- Diamond, D., Yeomans, F.E., Stern, B., Levy, K.N., Hörz, S., Doering, S., Fischer-Kern, M., Delaney, J., & Clarkin, J.F. (2013). Transference Focus Psychotherapy for Patients With Comorbid Narcissitic and Borderline Personality Disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 527-551.
- Diamond, L.M., Hicks, A.M., & Otter-Henderson, K. (2006). Physiological evidence for repressive coping among avoidantly attached adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(2), 205-299.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M., Nicolò, G. (2006). Toward a Model of Self Pathology Underlying Personality Disorders: Narratives, Metacognition, Interpersonal Cycles and Decision Making Processes. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 597-617.
- Gabbard, G. O. (2014, 5ta ed.). *Psychodinamic Psyquiatry in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Greene , R. L. (2011). *The MMPI-2/MMPI-2-RF*. Boston: Pearson.
- Hill, J., Stepp., S.D., Wai Man, M., Hope, H., Morse, J.Q., Steele, M., Steele, H., Pilkonis, P.A. (2011). Attachment, Borderline Personality, and Romantic Relationship Dysfunction. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 789-805.
- Hooley, J.M., Wilson-Murphy, M. (2012). Adult Attachment to Transitional Objects and Borderline Personality Disorder, *Journal of Personality Disorder*, 26(2), 179-191.
- Horton, R.S., Tritch, T. (2014). Clarifying the Links Between Grandiose Narcissism and Parenting. *The Journal of Psychology*, 148(1), 133-143.
- Kobak, R.R. & Sceery, A. (2013). Attachment in Late Adolescence: Working Models, Affect Regulation, and Representations of Self and Others. *Child Development*, 59(1), 135-146.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic*

treatment of narcissistic personality disorders. Madison, CT: International Universities Press.

- Kohut, H. & Wolf, E.S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 26(9), 22-26.
- Kohut, H. (1997). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
- Lachkar, J. (2004). *The Narcissitic/Borderline Couple: New Approaches to Marital Therapy*. Great Britain: Brunner-Routledge.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J.F. (2005). Attachment and borderline personality disorder: Implications for psychotherapy. *Psychopathology*, 38(2), 64-74.
- Levy, K.N. (2012). Subtypes, Dimensions, Levels, and Mental States in Narcissism and Narcissitic Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68(8), 886-897.
- Levy, K.N, Johnson, B.N., Scala, J.W., Temes, C.M. & Clouthier, T. L. (2015). An Attachment Theoretical Framework for Understanding Personality Disorders: Developmental, Neuroscience, and Psychotherapeutic Consideration. *Psychological Topics*, 24(1), 91-112.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Longua Peterson, J. & DeHart, T. (2014). In Defense of Self-Love: An Observational Study on Narcissists' Negative Behavior During Romantic Relationship Conflict. *Self and Identity*, 13(4), 477-490.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J., Easterbrooks, M. A., Obsuth, I., Hennighausen, K., & Vulliez-Coady, L. (2013a). Parsing the construct of maternal insensitivity: Distinct longitudinal pathways associated with early maternal withdrawal. *Attachment & Human Development*, 15(5-6), 562-582.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J., Holmes, B., Easterbrooks, A., & Brooks, N. H. (2013b). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 273-281
- Millon, T., Millon, C., Davis, R., Gorssman, S. (2009, 4th edition). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Bloomington: Pearson.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)- con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Recuperado de <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2015/01/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-de-Salud-Mental-FINAL-julio-2014.pdf>

- Moneta, M.E. (2005). *El apego: Aspectos clínicos y Psicobiológicos de la Díada Madre-Hijo*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial.
- Morse, J.Q., Hill, J., Pilkonis, P.A., Yaggi, K., Broyden, N., Stepp, S., Reed, L.I., Feske, U.(2009). Anger, Preoccupied Attachment, and Domain Disorganization in Borderline Personality Disorder, *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 240- 257.
- Nicholls, E., & Stukas, A. A. (2011). Narcissism and the self-evaluation maintenance model: Effects of social comparison threats on relationship closeness. *Journal of Social Psychology*, 151, 201 – 212.
- Nicolò, G., Dimaggio, G., Procacci, M., Semerari, A., Carcione, A., Pedone, R. (2008). How states of mind change in psychotherapy: An intensive case analysis of Lisa´s case usind the Grid of Problematic Sates. *Psychotherapy Reasearch*, 18(6), 645- 656.
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. España: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Ronningstam, E. & Gunderson, J. (1991). Differentiating Borderline Personality Disorder from Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5(3), 225-232.
- Rosegrant, J. (2012). Narcissism and Sadomasochistic Relationships. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68(8), 935-942.
- Rosenstein, D.S., & Horowitz, H.A.(1996). Adolescent Attachment and Psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Rubinstein, G., Tziner, A. & Bilig, M. (2012). Attachment, Relationship Quality and Stressful Life Events: A Theoretical Meta-Perspective and Some Preliminary Results. *Revista De Psicología Del Trabajo Y De Las Organizaciones*, 28(3), 151-156.
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*. 165, 1473–1481.
- Sandler, J. (2003). On attachment to internal objects. *Psychoanlal. Inq.*, 23, 6-26.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2010). *Sistema Nacional de información: población con discapacidad psiquiátrica*. Recuperado de <http://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=truehttp://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=true&bookmark=Document/BM38>
- Schneider, M.F, & Sadler, W. (2007). Therapy with the Partner of an Individual with Narcissistic Peresonality Disorder. *The Journal of Individual Psychology*, 63(2), 158-181.

- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M. (2003). Assessing Problematic States in Patients' Narratives: The Grid of Problematic States. *Psychotherapy Research*, 13(3), 337-353.
- Semerari, A., Cucchi, M., Dimaggio, G., Cavadini, D., Carcione, A., Battelli, V., Nicolò, G., Pedone, R., Siccardi, T., D'Angerio, S., Ronchi, P., Maffei, C., Smeraldi, E. (2012). The Development of the Metacognition Assessment Interview: Instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.015>
- Semerari, A., Colle, L., Pellecchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M., & Pedone, R. (2014). Metacognitive Dysfunctions in Personality Disorders: Correlations With Disorder Severity and Personality Style, *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 751-766.
- Sroufe, L.A., & Walter, E. (1977). Heart rate as a convergent measure in clinical and developmental research. *Merill-Palmer Quarterly*, 23(1), 3-27.
- Slavinska-Holy, N. (1984). Kernberg's Theories: Some Clinical Applications. *Eastern Group Psychotherapy Society*, 8(2), 26-34.
- Sroufe, L.A., & Walter, E. (1977). Heart rate as a convergent measure in clinical and developmental research. *Merill-Palmer Quarterly*, 23(1), 3-27.
- Stanley, B. & Wilson, S.T. (2006). Heightened Subjective Experience of Depression in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 307-318.
- Steele, M., Bate, J., Nikitiades, A., Buhl-Nielsen, B. (2015). Attachment in Adolescence and Borderline Personality Disorder. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14, 16-32.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2003). "Isn't it fun to get the respect that we're going to deserve?" Narcissism, social rejection, and aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 261-272.

ANEXOS

ANEXO A: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Efecto de la terapia dialéctica conductual en trabajadoras sexuales que son diagnosticadas con trastorno límite de personalidad

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *María Paz Borja de la Torre*

Datos de localización del investigador principal *023362627, 0995005126, maria.paz.borja.92@gmail.com*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted tiene el derecho de hacer cuántas preguntas necesite para aclarar el rol de su participación y despejar sus dudas. Puede tomarse el tiempo necesario para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre el efecto que tiene el haber travesado por una relación con un individuo con trastorno narcisista de la personalidad en la experiencia subjetiva de un individuo con trastorno límite de la personalidad. Los resultados permitirán guiar el procedimiento terapéutico para esta población, tanto en el contexto individual como en el relacional.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El estudio consta de 5 participantes que cumplan los criterios diagnósticos de un trastorno límite de la personalidad y que hayan atravesado por una relación con un individuo con trastorno narcisista de la personalidad. El objetivo del estudio es analizar cómo y hasta qué punto el haber atravesado por una relación con un individuo con trastorno narcisista de la personalidad afecta a la experiencia subjetiva de individuos con trastorno límite de la personalidad.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

En primer lugar, se aplicará el Inventarió Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II) y el Millon Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) para verificar que los participantes cumplan con los criterios diagnósticos de un trastorno límite de la personalidad y sus ex parejas con los rasgos de personalidad narcisista recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5). A continuación, las participantes atravesarán por un número de 15 sesiones de psicoterapia cognitiva. A través de la herramienta Grid of Problematic States, se revisarán las narrativas de las pacientes con el objetivo de analizar la experiencia subjetiva y los cambios que hayan surgido en los estados mentales de las pacientes a lo largo del tratamiento.

Riesgos y beneficios *(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)*

Las participantes pueden correr el riesgo de experimentar emociones abrumadoras durante la evaluación o curso terapéutico. De ser así, las participantes tendrán acceso a asistir a sesiones de psicoterapia adicionales. Es

importante recalcar que la terapia que se dará es una terapia estandarizada y con evidencia empírica de su eficacia. Las participantes se beneficiarán con un número de 15 sesiones de psicoterapia cognitiva, a través de las cuales el terapeuta acompañará al paciente en su proceso de duelo respecto a la ruptura amorosa. Se espera que, una vez concluida la investigación, las pacientes lleguen al autoempoderamiento. Los resultados obtenidos a través de este estudio, permitirán guiar el procedimiento terapéutico para esta población, tanto en el contexto individual como en el relacional.

Confidencialidad de los datos *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad. Por esta razón, se aplicarán las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.

2A) Si se tomaran muestras de su persona, dichas muestras serán utilizadas únicamente con propósitos investigativos y destruidas tan pronto termine el estudio. *(si aplica)*

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardará para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo. *(si aplica)*

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones del estudio.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante *(se incluye un ejemplo de texto)*

Está en su derecho decidir no participar en este estudio. De ser este el caso, solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que este explicándole el documento en este momento. Si decide participar, puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio. Con el objetivo de que su ex pareja colabore en la investigación, se le ofrecerá una suma de 15 dólares si acepta que se le administre el MMPI-2 y el MCMI-III para verificar su diagnóstico. Por los objetivos del estudio y con el fin de mantener confidencial su información y participación, ninguna información adicional será revelada a su ex pareja.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0995005126 que pertenece a María Paz Borja de la Torre, o envíe un correo electrónico a maria.paz.borja.92@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que me puedo retirar en cualquier momento sin repercusión alguna.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO B: GRID OF PROBLEMATIC STATES

Figura I. Grid of Problematic States

CS ID	Negative valence	Positive valence
T1	Missing care–missing help	Received care–received help
T2	Denied care–denied help	Lent care–lent help
T3	Distrust	Trust
T4	Failure	Success
T5	Refusal, exclusion, detachment	Acceptance, belonging
T6	Threat, danger, assault	Assurance, feeling of being welcome
T7	Moral degradation, chaos	Harmony, order
T8	Injustice or unjustified caused harm	Caused benefits
T9	Feeling neglected, loneliness, loss	Closeness, presence
T10	Losing control	Strong self-control
T11	To let go off oneself	Good self-regulation
T12	Death	Life
T13	Detriment, suffered injustice	Feeling of well-being, enjoying benefits
T14	Negative judgment (received or foreseen)	Positive judgment (received or foreseen)
T15	Low self-esteem	High self-esteem
T16	Constraint	Freedom
T17	Transgression	To be in conformity with societies rules
T18	Competition: negatively experienced	Competition: positively experienced
T19	Low self-efficacy	High self-efficacy
E20	Fear, anxiety	Calmness
E21	Sadness, depression	Happiness, enthusiasm
E22	Lack of sexual interest	High sex drive
E23	Disgust, dislike	Niceness, attractiveness
E24	Indifference, coldness	Pity, tenderness
E25	Contempt	Admiration, emulation
E26	Shame, embarrassment	Ease
E27	Guilt	Self-acceptance, feeling of being right
E28	Anger	Serenity
E29	Emptiness, boredom	Interest, curiosity
S30	Lack of sense of cohesion	Cohesion
S31	Abulia, asthenia, weakness	Feeling of vitality and strength
S32	Uncontrollable physical arousal	Feeling of command and motor control

Nota: CS ID = identificación de constructos; T = temas de pensamiento; E = emociones; S = estados somáticos.

ANEXO C: FASES TERAPEÚTICAS Y ESTADOS MENTALES

Tabla I. Fases Terapéuticas (TP:1,2,3,4,5) y estados mentales subyacentes.

TP1	TP2	TP3	TP4	TP5
T5n	T9n	T1n	T6n	T1p
E20n	T9p	T8n	T19n	E24p
E25n	T15n	T9n	E20n	S30p
E25p	E21n	T10n	E24n	S32n
	E28n	E21n	E25n	
	S31n	E28n	E27n	
	S32n	S31n	E28n	

S32n
