

# LA ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA.\*

Roberto Opazo Castro \*\*  
Verónica Bagladi Letelier \*\*\*

---

## Resumen

Se describe una panorámica de los Trastornos de Personalidad y se explicitan diversas aproximaciones a su etiopatogenia. Se establece que se trata de un desafío clínico difícil de enfrentar y que un abordaje integrativo pasa a constituirse en una necesidad. Se describe el Supraparadigma Integrativo con sus paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico integrados a través del sistema SELF. Se explicita la psicoterapia integrativa que se ha venido desarrollando a partir del Supraparadigma y se establecen las ventajas comparativas que ésta aporta. En el marco de la psicoterapia integrativa, se aborda el tema de la etiopatogenia de los Trastornos de Personalidad. Se delimitan algunas “avenidas centrales” para el abordaje de los Trastornos de Personalidad desde la psicoterapia integrativa. Finalmente, se muestran algunos resultados alcanzados con la psicoterapia integrativa en Trastornos de Personalidad.

Palabras clave: Supraparadigma Integrativo, Psicoterapia Integrativa, Estímulo Efectivo, Principios de Influencia, Sistema SELF, Conceptos Movilizadores, Psicodiagnóstico Integral, Elaboración.

## Summary

An overview on Personality Disorders is presented and diverse approaches to their etiopathogenesis are considered. Since they mean a difficult clinical challenge to deal with, an integrative approach becomes necessary. The Integrative Supraparadigm is described, including biological, cognitive, affective, unconscious, environmental/behavioral and systemic paradigms, that are integrated through the SELF system. Coming from the Integrative Supraparadigm, an integrative psychotherapy is described and its comparative advantages are established. Within the integrative psychotherapy's framework, the etiopathogenesis of Personality Disorders is considered. Some “central avenues” in terms of the integrative psychotherapy of Personality Disorders are shown. Finally, some integrative psychotherapy's outcomes are presented dealing with Personality Disorders.

Keywords: Integrative Supraparadigm, Integrative Psychotherapy, Effective Stimulus, Principles of Influence, SELF System, Mobilizing Concepts, Integral Assessment, Working Through.

---

\* Artículo publicado en Revista Psiquiatría.com, Madrid, España, Marzo 2006.

\*\* Roberto Opazo Castro (PhD), Director of the Chilean Institute of Integrative Psychotherapy.

\*\*\* Verónica Bagladi Letelier (PhD), Clinical Director of the Chilean Institute of Integrative Psychotherapy.

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de Personalidad tienen una prevalencia entre el 0,5% y el 3% de la población general y entre el 3% y el 30% en poblaciones psiquiátricas y de tratamiento ambulatorio (1). En general, las cifras de prevalencia son muy variadas y no resulta fácil establecer con precisión lo que ocurre al respecto.

Es así que se han realizado diferentes tipos de estudios relativos al tema y los resultados suelen diferir bastante. Las encuestas comunitarias muestran un gradiente de resultados en los diagnósticos de Trastornos de Personalidad, que oscila entre un 0,1% hasta un 9,8% (la media se ubica en un 2,8%). En los países en desarrollo, los valores fluctúan entre 3,4% hasta un 10,7% (la media de este estudio fue de 4,7%). En 1999 Florenzano recoge los hallazgos de Perry y Valiant quienes afirman que entre el 5% y el 15% de los adultos pueden presentar un trastorno de personalidad en algún momento de su vida (2).

En un sentido genérico, sin embargo, lo probable es que estos Trastornos estén “sub-diagnosticados”, sea porque los pacientes no consultan (egosintonía), sea porque los profesionales de la salud no los diagnostican, etc. Lo probable entonces, es que a nivel cuantitativo sean más; a nivel cualitativo, tienen una gran relevancia debido a su complejidad e impacto existencial.

En el territorio de las delimitaciones clínicas, no existe una concordancia plena para conceptualizar los Trastornos de Personalidad. Los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (D.S.M. III Y IV), enfatizan la importancia de los rasgos de personalidad – inflexibles y desadaptativos – como típicos del funcionamiento de la persona a largo plazo. Desde la perspectiva D:S:M., entonces, el Trastorno de Personalidad pasa a involucrar un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento, que se presenta en las áreas de la cognición, de la afectividad, del control de impulsos o de la actividad interpersonal; y que desadapta en relación a las personas del entorno y en relación a la cultura del sujeto (3).

Por su parte, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (C.I.E.), en su décima versión, agrega que estos patrones desadaptativos son la resultante de factores constitucionales, evolutivos y sociales (4).

Desde otra vertiente Theodore Millon – quien ha dedicado gran parte de su trabajo clínico al tema de los Trastornos de Personalidad – enfatiza la dinámica circular y auto-perpetuante de estos trastornos: “La personalidad patológica comprendería aquellos rasgos estables y consistentes que persisten inflexibles, son usados inapropiadamente y fomentan círculos viciosos que perpetúan e intensifican las dificultades del sujeto”( 5).

Más allá de discrepancias conceptuales como las explicitadas, pareciera ser una especie de lugar común el señalar que los Trastornos de Personalidad representan para los clínicos un notable desafío. Un desafío en el ámbito de la *etiopatogenia* y un desafío en el ámbito de la *psicoterapia*. Todo lo cual nos obliga a hacer las cosas particularmente bien.

En los dominios de la etiopatogenia, lo claro es que existen pocas evidencias confiables en relación a las posibles causas y evoluciones de estos Trastornos; al respecto, existe mucha mayor teorización que datos válidos y confiables. Por supuesto, cada enfoque psicoterapéutico enfatizará el ángulo consistente con su teoría: dinamismos inconscientes, esquemas cognitivos sub-yacentes, disposiciones genéticas, etc. De éstas, quien cuenta a la fecha con un mayor respaldo en las evidencias, es la influencia etiológica de las disposiciones genéticas; al respecto, se estima que alrededor del 50% de los rasgos de personalidad deriva de factores genéticos (6). De ser esto así, facilitaría el comprender por qué los Trastornos de Personalidad son tan refractarios al cambio psicoterapéutico.

En 1987, es decir hace ya muchos años, uno de nosotros – Roberto Opazo – participó en un “Coloquio sobre Tratamientos de los Trastornos de Personalidad”. Al Coloquio fueron invitados destacados psicoterapeutas chilenos. El Moderador inició el diálogo con la siguiente afirmación:

*“Tengo la sensación de que el tratamiento de los Trastornos de Personalidad es complicado. Mucho más fácil es tratar síntomas que Trastornos de Personalidad, aún cuando los síntomas se adentran en las estructuras de la personalidad. En general, cuando intentamos tratar los Trastornos de Personalidad, nos encontramos con un lecho de rocas bastante complicado, bastante difícil. Tengo la sensación que poseía una idea más optimista respecto a tratar los Trastornos de Personalidad – y yo soy un psicoanalista y me dedico a eso – mucho mayor cuando recién me inicié y realmente tuve al comienzo algunos éxitos que no sé cómo obtuve. Ahora estoy mucho más pesimista; no sé si esta opinión es compartida por los miembros de este Coloquio”.* (7)

Paradojalmente, uno a uno los miembros del Coloquio fueron “confesando” sus dificultades con los Trastornos de Personalidad. Y las conclusiones del Coloquio fueron bastante pesimistas. Pero eso ocurría en 1987. ¿Cuál es la situación ahora?

En un sentido genérico, la situación pareciera mantenerse sin muchas variaciones. En el *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2004), se presentan diversas investigaciones que conducen a esta conclusión (8). Excepciones a esta tendencia parecieran ser los trabajos de Marsha Linehan en el Trastorno de Personalidad Límite (9) y diversos abordajes a los Trastornos de Personalidad desde la Psicoterapia de grupo. (10)

Lo anterior ratifica claramente que los Trastornos de Personalidad plantean un desafío complejo y difícil de enfrentar. En este contexto, los psicoterapeutas no estamos en condiciones de “farreamos”, de ignorar o de desconsiderar opciones

**etiopatogénicas** válidas y **fuerzas de cambio** aportativas, “vengan de donde vengan”. En este contexto, cualquier actitud “reduccionista” y excluyente del clínico, se traduce en un evidente perjuicio para los pacientes; si bien esto siempre es así, en estos dominios es especialmente así. Precisamente por ello, un abordaje integrativo de los Trastornos de Personalidad pareciera ser el camino más indicado.

## **SUPRAPARADIGMA INTEGRATIVO**

En el Congreso Anual de la A.A.B.T. realizado en Washington D.C. en 1983, Roberto Opazo propuso un **Supraparadigma Integrativo** para contribuir a comprender, explicar y predecir, la dinámica psicológica en general y sus derivaciones en el ámbito de la psicoterapia. Desde esa época, este Supraparadigma Integrativo (S.I.), viene guiando el accionar teórico y psicoterapéutico del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (I.C.P.S.I). El Supraparadigma Integrativo (11,12,13,14), aporta fundamentos epistemológicos, metodológicos y a nivel de los paradigmas causales, e intenta articular lo que son influencias etiológicas y fuerzas de cambio provenientes de los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico. El Supraparadigma Integrativo fue propuesto muy tempranamente – en 1983 - y es el único que – hasta ahora -aporta una completa teoría integrativa a nivel de los diferentes paradigmas causales. Como eje integrativo el Supraparadigma ubica al sistema SELF de la persona. El sistema SELF expresa la coherencia y el equilibrio homeostático del sistema psicológico e integra los diferentes paradigmas, integrando a su vez en plenitud a la persona. El sistema SELF constituye una especie de procesador central de la experiencia humana. Para ello, desarrolla 5 funciones esenciales: función de identidad, de significación, de auto-organización, de búsqueda de sentido y de conducción existencial.

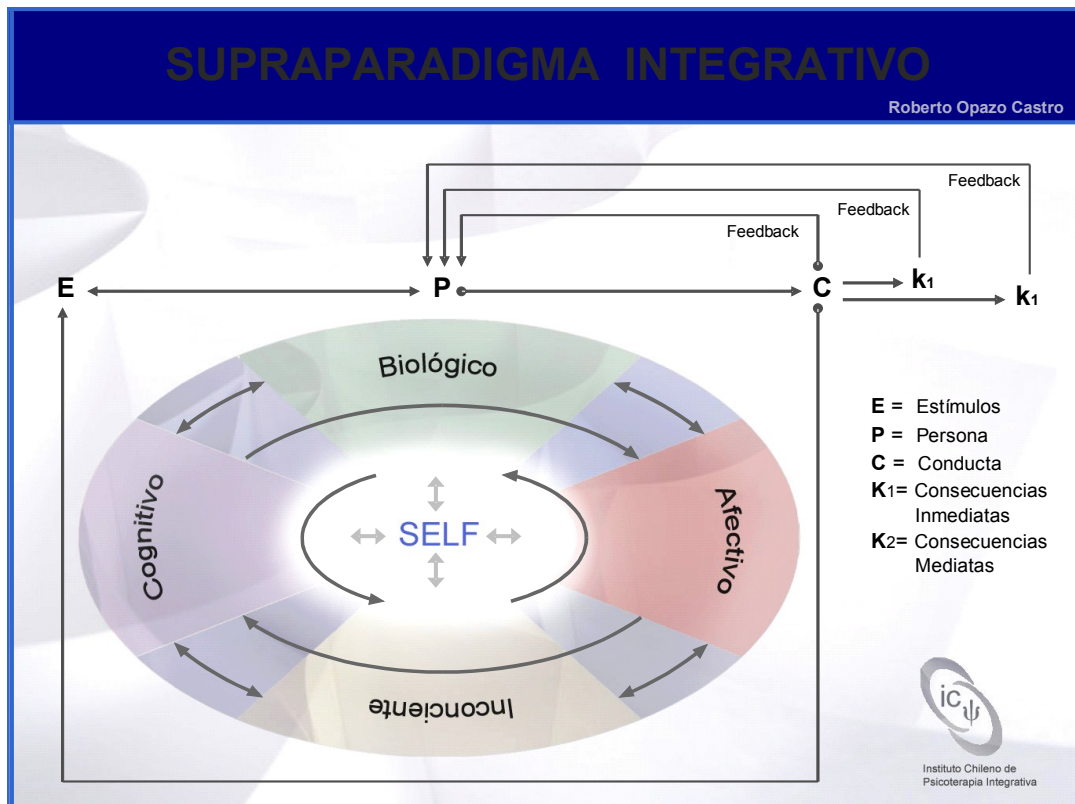
En cada experiencia, el sistema SELF construye **estímulos efectivos** a partir de la “materia prima” que aporta la estimulación. En el Supraparadigma se habla de estímulos efectivos para referirse a los estímulos procesados, que son los que movilizan efectivamente la dinámica psicológica. En cada experiencia, entonces, el sistema SELF modifica los estímulos a través del procesamiento y es – a su vez - modificado por éstos a través de la experiencia.

El Supraparadigma Integrativo se propone integrar todo *conocimiento válido* y rescatar toda *fuerza de cambio aportativa*; pero se propone a su vez ser muy *selectivo*, al incorporar solamente conocimientos y estrategias aportativas en términos de *predicción y cambio*. Distinguir el “trigo de la paja” pasa a ser crucial en medio de tanta propuesta, lo cual involucra dejar *muchas* de las propuestas existentes fuera. El conocimiento válido rescatado, a su vez, pasa a ser acumulado organizadamente en el marco del Supraparadigma.

El Supraparadigma Integrativo (S.I.) integra lo nomotético y lo idiográfico, dado que los principios generales (nomotéticos) se organizan y configuran de un modo particular (idiográfico) en cada persona. Es preciso entonces, conocer los principios y las personas. Plantea, además, que la causalidad lineal simple ( $A \rightarrow B$ ) es difícil de encontrar en el complejo territorio psicológico; lo que podemos encontrar son **principios de Influencia** del tipo si A, entonces es más probable B ( $A \rightarrow > \text{Pr. B}$ ).

La Figura 1 constituye un Diagrama del Supraparadigma Integrativo. Los 6 Paradigmas están interconectados a través de modalidades causales lineales y circulares y pasan a ser integrados a través del eje que aporta el sistema SELF. Este, a su vez, va “traduciendo” la experiencia transformando la estimulación externa e interna en estímulos efectivos. Las partes interconectadas configuran una totalidad lo cual genera una dinámica sistémica con su correspondiente punto de equilibrio homeostático. Así, el Supraparadigma privilegia las partes y el todo enriqueciendo sustancialmente las opciones predictivas.

Figura 1. Supraparadigma Integrativo



Sin afán “publicitario” alguno, podemos sostener que durante estos casi 25 años de existencia el Supraparadigma Integrativo ha sido capaz de contribuir a seleccionar el conocimiento, a guiar la investigación y a ordenar la acumulación del conocimiento, tanto en nuestro Instituto como más allá de sus fronteras. Y ha sido capaz también, de conducir la génesis de un enfoque de la psicoterapia, la cual hemos venido desarrollando en el contexto del Supraparadigma: la **psicoterapia integrativa**. Desde nuestra óptica y en función de nuestra propia experiencia, nos resulta legítimo el destacar que el Supraparadigma Integrativo ha venido aportando **profundidad a la comprensión** (a través de una teoría completa y no reduccionista), y **potencia al cambio** (a través del rescate y uso articulado de estrategias de cambio válidas, tanto específicas como inespecíficas) (10, 11, 12).

A partir del Supraparadigma Integrativo, hemos delimitado conceptualmente la **psicoterapia integrativa** como “un proceso activo que se desarrolla en un contexto interpersonal. Este proceso es diseñado específica y deliberadamente como medio de influencia, la cual se ejerce a través de la génesis de experiencias novedosas en términos cognitivos, afectivos o conductuales, las que a su vez pueden ser correctivas y/o enriquecedoras. El propósito central de un proceso de psicoterapia integrativa es alcanzar objetivos acordados entre cliente y terapeuta. El proceso es conducido por un especialista quien fundamenta su accionar en un Supraparadigma Integrativo. La psicoterapia integrativa es nutrida por influencias etiológicas y por fuerzas de cambio específicas provenientes de los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico. Estas influencias han contribuido a la explicación de la **génesis** de los desajustes psicológicos y a la **predicción y al cambio** en psicoterapia”. (13). Por supuesto, las 5 funciones del sistema SELF tienen un rol fundamental en la génesis, predicción y cambio de los desajustes psicológicos.

## **APROXIMACIONES A LA ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

El término “etio - pato - genia” nos remite al *proceso* de **gestación de la patología**. Dar cuenta de este proceso es una tarea sumamente difícil en la psicopatología general y muy especialmente en el ámbito de los Trastornos de Personalidad. Es así como, al revisar los hallazgos de investigación y los desarrollos teóricos en torno a los trastornos de personalidad, estamos de acuerdo con Theodore Millon cuando señala que “en el estado actual de la psicopatología clínica... no se han desentrañado las complejas e interrelacionadas redes causales que subyacen a los trastornos de personalidad” (15, p. 141).

Tal estado de cosas es comprensible si consideramos los deficientes datos empíricos y las divergencias teóricas en torno al concepto mismo de personalidad,

al desarrollo de la personalidad, a la relación personalidad-psicopatología y al proceso de gestación de los trastornos de personalidad propiamente tales.

Se ha señalado que la personalidad estaría determinada por la conjunción de factores temperamentales y caractereológicos. En los primeros, el foco está puesto en lo biológico, genético y constitucional; en los segundos, se destaca la injerencia del ambiente y de las experiencias de relación temprana con los padres, la familia y luego la sociedad. Todo esto lleva a la formación de una estructura relativamente estable. La mayor parte de los individuos muestra una combinación de múltiples rasgos temperamentales y de carácter que originan una personalidad balanceada (16).

Desde la antigüedad, se reconocen diferentes aproximaciones en torno a los diferentes modos de ser y de comportarse de los seres humanos. Así, Hipócrates y Galeno desarrollan la teoría Humoral. Posteriormente en el siglo XIX, la Frenología relacionó esas formaciones craneales en 37 rasgos individuales. Por su parte en el siglo XX se plantearon relaciones entre la arquitectura corporal y el carácter. En esa línea Sheldon propone la correlación entre el predominio de las capas embrionarias durante el desarrollo y los caracteres viscerotónico, cerebrotónico y somatotónico (17).

Desde la perspectiva psicodinámica, la personalidad se relaciona con la organización que determina los modos de relación de una persona con su ambiente y las experiencias subjetivas concomitantes; contiene los modos habituales de armonizar las necesidades internas provenientes del ello, con las exigencias del mundo externo, por lo que tiene una función adaptativa. Freud sugirió que los rasgos de personalidad estaban relacionados con la fijación en una de las fases del desarrollo psicosexual, transformándose en formas permanentes de conducta con la ayuda de la represión y de otros mecanismos de defensa. De este modo conflictos inconscientes mantenidos en el tiempo, serían los responsables etiológicos de los Trastornos de Personalidad.

Posteriormente Reich, enfatizó los estilos defensivos característicos que usan las personas, con el fin de protegerse de sus impulsos internos y de la ansiedad que producen las relaciones interpersonales; utilizó el término *coraza del carácter* para describirlos (17).

En el ámbito descriptivo, el enfoque psicodinámico coincide con la apreciación clínica predominante entre los clínicos, en el sentido que las personas con trastornos de personalidad se caracterizarían por la forma rígida y repetitiva de reaccionar con las mismas defensas, conductas y sentimientos frente a muy diversas situaciones, demostrando así una muy limitada capacidad de adaptación (18).

La postura conductual y ambientalista radical (19), no concibe la existencia de rasgos y, por ende, no acepta el concepto de personalidad. Para Skinner, por ejemplo, explicar la conducta a partir de "rasgos de personalidad" pasaría a ser tautológico: "Agrade porque es agresivo y es agresivo porque agrade"(19). Autores como Mischel y Bandura descalifican el uso de los "rasgos de

personalidad” sobre la base de que no resultan predictivos en relación a la conducta (20, 21).

Los autores cognitivo/conductuales sí conciben una cierta regularidad conductual, basada en elementos internos más estructurales. Por ejemplo el mismo Bandura, al referirse a la cognición, ha señalado que “existe amplia evidencia de que la conducta abierta a menudo esta gobernada por estimulación auto-generada, que es relativamente independiente de sucesos estímulos ambientales”(21 p.39). Desde la perspectiva cognitivo/conductual se postula que estilos habituales en ámbitos cognitivos y afectivos (estructuras cognitivo-afectivas, esquemas cognitivos subyacentes), podrían ser considerados como “causas” de conductas que tienden a repetirse (variables mediacionales que serían las responsables de patrones y tendencias conductuales). La interacción biología-experiencia de vida, iría generando estructuras cognitivas y afectivas, las cuales a su vez pueden ser más o menos adaptativas. Los trastornos de personalidad serían derivados de factores biológicos y de experiencias de vida, que van generando rasgos cognitivos y afectivos neuróticos, los que a su vez causan rasgos conductuales neuróticos (22).

Desde la perspectiva constructivista post-racionalista, la esfera de la personalidad se relacionaría con la experiencia interior (“yo”) y la apariencia exterior (“mi”). Estas dimensiones de la personalidad se complementan con los distintos tipos de “organización de significado personal”, las que serían responsables de los patrones de comportamiento más característicos de las personas. El enfoque enfatiza el rol del attachment o apego en el ámbito etiológico; el estilo de apego temprano determinaría la organización de significado personal predominante a través de la vida. Así, un estilo de apego “bifronte”, ambivalente entre el rechazo y la devoción hacia el niño, sería característico de la organización de significado personal obsesivo-compulsiva (23).

En el enfoque humanista experiencial, la persona sería poseedora de una tendencia hacia la autorrealización (24) y de una sabiduría orgánica (25). Si estas tendencias son bloqueadas, obstaculizadas o desconocidas, originarían trastorno, neurosis o patología (26).

Desde una aproximación evolutiva, se ha resaltado la relación con los pares como un regulador de rasgos de personalidad y conducta. Esta regulación sería más fuerte que la influencia de los padres (27).

Desde otra mirada, en el último tiempo se ha venido enfatizando cada vez más la importancia de las bases y determinantes biológicos de la personalidad. A los ya conocidos desarrollos e investigaciones sobre rasgos, como neuroticismo, introversión/extroversión (28) y timidez (29), se suman planteamientos en relación al rol prioritario de los genes y de otros factores biológicos en la determinación de la personalidad individual (30). En el estudio Minnesota 350 pares gemelos idénticos criados juntos y separados, Coleman (1986) concluye que “para la mayoría de los rasgos medidos, más de la mitad de varianza se explicaba por la herencia dejando menos de la mitad determinado por la influencia de los padres, ambiente en la casa y otras experiencias de vida” (31, p. 54). En la misma línea,

estudios más recientes arrojan una influencia genética de un 46% para los rasgos de apertura, amabilidad, escrupulosidad, neuroticismo y extroversión; y solo un 7% de influencia del ambiente compartido por los gemelos (32). De este modo, los genetistas del grupo Minnesota afirman que los genes actúan de manera independiente del ambiente (siempre y cuando el ambiente se mantenga dentro de rasgos normales); proponen por tanto que lo que llamamos personalidad es en grado importante una cuestión de química cerebral (33).

Frente a la interrogante sobre la relación entre personalidad y psicopatología, pareciera ser que éstas se influyen mutuamente en cuanto a su aparición, manifestación y desarrollo; conjuntamente con compartir una etiología común. (34). Es así como los desórdenes mentales se presentarían dentro del contexto de una estructura de personalidad pre-morbida, que frecuentemente tendrá un significativo efecto en la presentación y curso del trastorno específico (34, 35).

Documentar empíricamente la contribución de la personalidad al desarrollo de la psicopatología, ha sido difícil por decir lo menos; este aporte de la personalidad al desarrollo de la psicopatología no es certero ni específico. Son muy pocos los trastornos del DSM que presentan una etiología específica.

El desarrollo de la psicopatología, en la mayoría de los casos, pareciera ser interactivo y multifactorial a lo largo del tiempo. Interesante resulta en este punto la fuerte co-morbilidad existente entre los trastornos de personalidad y otras problemáticas clínicas. Los distintos trastornos de personalidad presentan una elevada frecuencia de co-morbilidad con trastornos característicos del eje I de la clasificación de los DSM, planteándose dos hipótesis para explicar estos hallazgos. La primera de ellas corresponde al “**modelo de la vulnerabilidad**”, el cual sostiene que un trastorno de personalidad emergería de (a la vez que configura) un estado de mayor vulnerabilidad, que predispone a estos pacientes a experimentar con mayor frecuencia y en mayor intensidad los distintos trastornos del eje I. Adicionalmente, la presencia de patrones inflexibles y desadaptativos en las distintas áreas, predispondría a estos sujetos a enfrentar el rechazo en quienes les rodean, y a construir escenarios interpersonales que gatillan la emergencia de otros trastornos del eje II (36).

La segunda hipótesis corresponde al “**modelo de la complicación**” (5), el cual aborda el tema desde el ángulo contrario, y sostiene que la presencia temprana, intensa y recurrente de trastornos del eje I, genera una predisposición y/o efecto residual que configura la presencia co-mórbida de trastornos del eje II (36). Actualmente existe evidencia epidemiológica para sostener ambas hipótesis, aunque la ausencia de diseños experimentales impide discernir respecto de la dirección de esta relación causal a favor de una u otra (1).

Así, por ejemplo, Johnson et al (1996), a partir de un estudio longitudinal de 3 años, señalan: “Las personas con trastornos de personalidad presentan un riesgo asociado de experimentar futuros trastornos en el eje I, sin importar si hayan o no tenido trastornos previos en el eje I” (37, p.359).

En la misma línea, Pervin y John (1999) (37), apoyándose en investigaciones de Torgensen, señalan que la existencia de un trastorno de personalidad límite es un mejor predictor de la depresión futura que la depresión misma. Estos datos concuerdan con lo reportado por Trull et al (1997), a partir de un estudio con 1700 universitarios, en el sentido que los sujetos con rasgos de personalidad límite presentaban mayor incidencia de disfunciones tales como disforia, abuso de sustancias y fracasos académicos (37).

Desarrollos en torno al neuroticismo, como rasgo, también resultan aportativos en este punto. Algunos autores identifican al neuroticismo como el principal rasgo asociado a la personalidad límite (incluso en la muestra no clínica). Otros sostienen que la fenomenología del neuroticismo no es específica en su contribución a la psicopatología. Una tercera línea aportaría una visión más interactiva; tal es el caso de Kendler et al (1993), quienes señalan que el efecto causal del neuroticismo y su relación con una depresión mayor está mediado por factores de riesgo genético y ambiental asociados (38).

En síntesis, resulta sostenible el afirmar que personalidad y psicopatología se afectan y alteran mutuamente, en una interacción compleja que se desarrolla a través del tiempo (39, 37,38).

Específicamente, frente a la etiopatogenia de los trastornos de personalidad, tanto la psiquiatría como la psicología clínica han mostrado una clara evolución; desde aproximaciones monocausales reduccionistas, hacia una visión de procesos causales multifactoriales e interactivos.

Es así como desde las conceptualizaciones de Kraepelin en el siglo XIX, sobre las causas metabólicas y de lesión anatómica para los trastornos esquizoides, se evoluciona en el siglo XX a los planteamientos de Bleuler y Meyer, que constituyen los primeros antecedentes del síndrome esquizotípico y de una visión multifactorial de los mismos. Para estos autores, un defecto o una disposición constitucional podría desarrollar una personalidad solo moderadamente disfuncional, bajo un régimen de experiencias vitales que impidieran que los potenciales patológicos se agravaran para dar lugar a un estado clínico manifiesto (40, 41,). Así Meyer (1906), sugirió que el trastorno esquizotípico no era una enfermedad orgánica, sino una manera desadaptativa de reaccionar al estrés (40).

En una dirección similar, nos encontramos con la aproximación al trastorno de personalidad paranoide, como síntomas debidos a acentuaciones de personalidad, pre-existentes, desencadenados por algún trauma o acontecimiento inusual (40).

Lo planteado anteriormente, refleja como la compleja relación existente entre rasgos de personalidad y la conformación de un trastorno de personalidad, es un área donde muy notoriamente se ha postulado la interacción biología- ambiente (42). Así, se ha reportado que existiría una mayor prevalencia de neurosis y trastornos de personalidad, entre los habitantes de las ciudades que entre los habitantes de sectores rurales. También se ha documentado el desarrollo de

trastornos de personalidad, conductas delictivas, alteraciones en el funcionamiento sexual y conflictos de pareja, en personas cuya crianza se desarrolló en familias y/o ambientes donde existía maltrato físico y especialmente en aquellas en que estaba presente el abuso sexual (2).

En lo relativo al rol del ambiente, ha sido particularmente enfatizada la influencia del tipo y calidad de las relaciones tempranas, las relaciones de attachment o apego. Aunque la influencia del estilo de apego temprano sobre la personalidad adulta pareciera estar bien documentado (43), no resulta fácil el realizar estudios longitudinales al respecto; y los estudios “retrospectivos” suelen adolecer de importantes fallas metodológicas. A su vez la “dirección causal” ha sido cuestionada también: ¿son los padres los que imponen un estilo de apego o es el niño quien “produce” un estilo de relación? Por ejemplo, se han reportado evidencias empíricas que muestran que los niños que poseen una disposición hacia el estrés tienden a desarrollar un apego inseguro (44). Se ha constatado también el hecho que cuando la madre o cuidador presentan una capacidad limitada, por su personalidad algunos niños presentarían mayor riesgo de desarrollar un apego inseguro (45). No se encontró apoyo empírico para las relaciones causales entre apego inseguro y Trastorno de Personalidad, pero sí para el rol etiológico del apego en el desarrollo de la capacidad empática. (46).

Esta visión más interactiva, concuerda con planteamientos sobre la interrelación entre rasgos y experiencias de vida. Por ejemplo, se sugiere que personas con rasgo de extroversión serían personas a las que les “pasarían” más experiencias positivas, lo que redundaría consecuentemente en efectos positivos sobre su ánimo; lo contrario ocurriría con personas poseedoras de un mayor nivel de neuroticismo (47).

La evolución hacia visiones etiológicas más abarcativas, también es posible de apreciar en las consideraciones sobre el desarrollo de los Trastornos de Personalidad límite. Así por ejemplo, Paulina Kernberg, conocida psicoanalista, plantea que es posible pesquisar el tipo de organización de personalidad ya en niños, y establece además que se ha estudiado y confirmado que los déficits orgánicos (en percepción, atención, memoria y secuenciación), juega un rol primordial en el desarrollo de algunos trastornos de personalidad (48, p. 25). Este planteamiento es consistente con los resultados de un estudio reciente con adolescentes que presentaban Trastorno límite de Personalidad; encontró apoyo inicial para la hipótesis de la participación etiológica de anomalías estructurales y/o funcionales de lóbulo temporal derecho y la presencia de una organización límite de personalidad (49).

Así, pareciera ser que lo que se atribuyó inicialmente al ambiente, especialmente lo relacionado con las relaciones tempranas, se ha ido modificando para dar paso a la idea de que pudieran existir también factores estructurales a la base de estos trastornos (49).

Como hemos visto hasta acá, los avances en investigación y teorización resultan consistentes con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud

(OMS), en el sentido de considerar a los Trastornos de Personalidad como "...la resultante de factores constitucionales, evolutivos y sociales". (4, p.247).

## LA ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN EL MARCO DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Teniendo como trasfondo los antecedentes expuestos, estamos en condiciones de abordar la temática de los Trastornos de Personalidad desde una perspectiva integrativa. Ello puede significar ventajas comparativas, pero en modo alguno puede involucrar una solución "mágica" en estos territorios tan complejos.

En el marco de la psicoterapia integrativa, hemos conceptualizado un **rasgo** de personalidad como "una tendencia o predisposición estable de la persona, para responder con un patrón conductual similar ante una variada gama de situaciones estímulo. Habitualmente un rasgo involucra un patrón cognitivo y un patrón afectivo consistentes con el patrón conductual" (13). Desde el Supraparadigma se facilita una respuesta a la objeción de Skinner, en el sentido que los rasgos serían tautológicos; estructuras biológicas, cognitivas, afectivas e inconscientes aportan "desde dentro" una influencia causal estable, lo cual explica que se tienda a procesar de igual forma un conjunto variado de experiencias.

En el ámbito de la psicoterapia integrativa, un rasgo de personalidad pasa a ser neurótico cuando involucra un alto "costo interno" o bien cuando es muy rígido, muy abarcativo, muy repetitivo o muy desproporcionado en relación a las situaciones. En estos casos tiende a ser desadaptativo.

Desde nuestra óptica, la **personalidad** involucra una red de rasgos entrelazados que configuran una totalidad única, estable y distintiva. Dicha totalidad caracteriza e identifica a la persona y establece las formas en que se relaciona consigo misma y con los demás. Se trata de un perfil predisponente a ciertas conductas que tiene a la base estructuras biológicas, cognitivas, afectivas e inconscientes, las cuales influyen establemente en el procesamiento de los estímulos efectivos que a su vez movilizan el patrón conductual.

Un Trastorno de Personalidad involucra una tendencia estable de la persona a procesar en forma rígida y/o desproporcionada ciertas áreas y a comportarse desadaptativamente en esos territorios.

Dentro del Supraparadigma Integrativo, la personalidad está fuertemente relacionada con el SELF y corresponde a la tendencia estructural estable en la configuración de los **estímulos efectivos**. Se distingue entre persona y personalidad, "reservando este último concepto para los aspectos estructurales de la persona que influyen establemente en el procesamiento de los estímulos efectivos" (13, p.125). La personalidad, por lo tanto, constituiría una especie de

*tamiz* para el operar de los principios de influencia e incluso para su modificación; cada estructura de personalidad facilitaría la actuación de ciertos principios de influencia, dificultaría la acción de otros e incluso podría contra-actuar la influencia de algunos.

En todos los Trastornos de Personalidad, las cinco funciones del SELF se encontrarían afectadas o alteradas, aún cuando no de la misma forma o con el mismo énfasis. Por lo tanto, los diferentes trastornos de personalidad, implican énfasis diferentes en la alteración de las distintas funciones del SELF. Así, el trastorno **esquizoide** presenta como mayormente afectada y de necesidad de intervención la función de control conductual; dado que si modificamos ésta, las otras no revisten de una mayor incidencia desadaptativa para la persona. En el trastorno **esquizotípico** y en el trastorno **evitativo** la función más relevante es la de significación, siendo la responsable última de las disfuncionalidades que se observan en las demás funciones del SELF de estos pacientes. Las funciones de identidad y de búsqueda de sentido serían las más significativas en los trastornos **narcisista** y **antisocial**; en éste último, además la de conducción existencial, especialmente el control de las conductas agresivas y antisociales. En el trastorno **dependiente** resultan centrales las alteraciones de las funciones de identidad y búsqueda de sentido, conjuntamente con sus derivados disfuncionales para la de autoorganización. En el trastorno **obsesivo-compulsivo** también es significativa la alteración de la función de conducción existencial, sobre todo en lo referido al control conductual; no obstante la alteración central radica en la función de significación. Con un mayor número de funciones que requieren un énfasis especial se presentan los trastornos **histriónico** y **límite**; siendo relevantes en el primero las funciones de identidad, significación y conducción existencial, en tanto que el trastorno límite presenta esencialmente alterada la función de autoorganización y desde allí las de identidad y de conducción existencial (1).

De este modo, en nuestro Supraparadigma, la personalidad está fuertemente relacionada con el sistema SELF, sus características y funciones; resultando particularmente relevantes las diferenciaciones individuales que ésta imprime en el campo de variación y en las funciones del SELF.

El grado en que el SELF individual puede modificarse en la interacción social, esto es, el campo de variación del SELF, difiere según la estructura de personalidad y más aún según los diferentes trastornos de personalidad. Ejemplos de la mayor variabilidad la encontramos en los trastornos límite e histriónico; un campo de variación intermedio lo vemos en el trastorno evitativo, en tanto que el extremo de la menor variación en los trastornos como el esquizoide y el obsesivo-compulsivo(1).

En el ámbito etiológico, el Supraparadigma Integrativo nos “obliga” a preguntarnos acerca del rol etiológico que cada paradigma juega en los Trastornos de Personalidad.

Al decantar dentro del marco del Modelo Supraparadigmático, las contribuciones etiológicas a los Trastornos de Personalidad nos encontramos con una serie de factores que se perfilan como agentes relevantes en la gestación y desarrollo de

estos trastornos. Tales factores se han decantado a través de su respaldo, por una parte en la investigación, y por otra, en su consistencia y grado de acuerdo a nivel de desarrollos teóricos y de experiencia clínica. No obstante, es necesario volver a reiterar que tales avales solo es posible establecerlos en base a la constatación reiterativa, de su presencia genérica en los antecedentes y características de los sujetos diagnosticados con Trastornos de Personalidad, y no por una constatación clara e irredarguible de su rol causal etiopatogénico.

Puesto que en cada paradigma se han postulado múltiples opciones etiológicas, nos centraremos tan solo en lo que a nuestro juicio resulta medular en relación al aporte de cada paradigma.

Al interior del **paradigma biológico** se han establecido antecedentes relevantes que documentan la participación etiológica de predisposiciones genéticas, alteraciones del sistema límbico, desbalances hormonales y daño orgánico cerebral. La influencia genética sobre los Trastornos de Personalidad pareciera ser potente. Aunque los estudios genéticos tienden a centrarse en los rasgos de personalidad y no en los Trastornos, la alta heredabilidad de los rasgos resulta más que sugerente. Incluso la alta heredabilidad de algunos rasgos “neuróticos” está bien documentada; es el caso del alto neuroticismo Baker (1992) y Lyons et al.,(1989) encontraron una heredabilidad estimada de 43 por ciento para los rasgos anti-sociales. De este modo, las influencias genéticas aportan una diferente vulnerabilidad biológica la cual pasa a ser esencial en el desarrollo de un Trastorno de Personalidad. Por otra parte, los propios investigadores de las influencias genéticas tienden a bajar el perfil a la importancia de la conducta de los padres en las etapas tempranas del desarrollo: “como Lytton (1990) lo ha demostrado, la conducta diferencial de los niños a menudo es la causa de la conducta diferencial de los padres más que una consecuencia.” (6, p. 101). En suma, aunque resulta teóricamente posible la génesis de un Trastorno de Personalidad sin facilitación genética alguna y sin facilitación biológica alguna, lo probable es que en la mayoría de los casos esa facilitación sí esté presente.

En lo relativo al **paradigma cognitivo**, el rol etiológico de las estructuras cognitivas pareciera ser poco discutible. Estructuras del tipo “tengo que hacerlo todo bien siempre” estarían a la base de los Trastornos obsesivo-compulsivos; estructuras del tipo “mi valor como persona depende de lo que otros piensen de mí” facilitarían la génesis de un Trastorno de personalidad dependiente, etc. Se podría argumentar que estas estructuras cognitivas a su vez tienen una facilitación biológica, pero el que cumplen un rol en la cadena etiológica pareciera ser más que probable. Otras influencias cognitivas relevantes se refieren a sesgos atribucionales, bajas expectativas de autoeficacia, procesos atencionales disfuncionales y diálogos internos autoderrotantes

En cuanto al rol etiológico del **paradigma afectivo**, el análisis nos conduce al tema del rol del attachment o apego. Como lo hemos señalado, el rol etiológico del apego se encuentra bien documentado, aún cuando se preste para mucha discusión al respecto. Desde nuestra óptica, las necesidades afectivas del niño, junto con su mayor sensibilidad en etapas tempranas, hace que sus primeras experiencias relacionales sean particularmente significativas; y si estas

experiencias constituyen un estilo relacional estable...con mayor razón. A estas influencias etiológicas afectivas, habría que agregar el rol relevante que juegan los afectos en los propios esquemas cognitivos, los cuales pasan a ser más relevantes cuando tienen un fuerte respaldo energético/afectivo. También parecieran tener un rol etiológico relevante las alteraciones en el umbral de la respuesta afectiva y el déficit en la regulación de la respuesta emocional.

El rol etiológico del **paradigma inconsciente** resulta especialmente difícil de verificar. Puesto que las estructuras cognitivas se plantean como “sub-yacentes” en el sentido que operan desde lo “no consciente”, hay allí un espacio para la influencia del paradigma inconsciente. En lo relativo al rol del inconsciente reprimido, la temática se torna particularmente especulativa. Si la interpretación sistemática apuntando a la existencia de conflictos inconscientes reprimidos hubiera aportado éxito terapéutico, la teoría se vería fortalecida; pero éste no pareciera ser el caso.

En lo referente al rol etiológico del **paradigma ambiental/conductual**, podemos asumir la más que probable influencia del reforzamiento en relación a la génesis de los Trastornos de Personalidad. Cuando un rasgo histriónico de personalidad logra una cierta “ganancia secundaria”, tenderá a consolidarse como rasgo; otro tanto ocurrirá cuando un excesivo perfeccionismo tiende a ser reforzado sistemáticamente por el medio. Hace ya muchos años Haughton y Ayllon (1965) lograron generar conducta compulsiva en una paciente esquizofrénica a través de reforzamiento positivo con cigarrillos. En el paradigma ambiental conductual se recogen todos los hallazgos relacionados con asociaciones “clásicas” ansiógenas, déficit de la conducta interpersonal, etc. (49).

El Supraparadigma Integrativo incorpora el **paradigma sistémico** en una aproximación intrapsíquica y en una aproximación psicosocial. Si asumimos la díada madre-hijo como un sistema psicosocial, las relaciones tempranas de attachment o apego se relacionarían – no solo con el paradigma afectivo y con el ambiental – sino también con el paradigma sistémico. A través del tiempo, el paradigma sistémico ha tendido a ser aplicado en plenitud en el ámbito de la terapia familiar. Es posible asumir aquí que ciertas reglas del sistema familiar – por ejemplo el que los afectos son sobre-controlados o el que existan licencias para el intercambio agresivo – repercutirán en términos de facilitar ciertos Trastornos de Personalidad. Adicionalmente, desde el paradigma sistémico han sido destacados como importantes en la etiología y mantención de los Trastornos de Personalidad la disfuncionalidad de la familia de origen, los estilos comunicacionales patologizantes y, en especial, la comunicación fragmentada y deficitaria en el ámbito de la afectividad. El problema es que muchos adherentes al enfoque sistémico han sido a la vez renuentes a la investigación y recién en los últimos años se está perfilando una generación de terapeutas familiares menos dogmáticos y más pragmáticos (50).

La Figura 2 sintetiza una explicitación de los aportes de cada paradigma a la génesis específica de los Trastornos de Personalidad. Se trata de un desglose paradigmático de los factores etiológicos que se han explicitado - desde la investigación y/o desde la práctica clínica - para los distintos trastornos.

**Figura 2. ETIOLOGIA PARADIGMATICA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

	Paradigma Biológico	Paradigma Ambiental/ Conductual	Paradigma Cognitivo	Paradigma Afectivo	Paradigma Inconsciente	Paradigma Sistémico
<b>Paranoide</b>	Bajo umbral límbico Déficit en centros inhibitorios límbicos Alto Neuroticismo	Resistencia ante control externo Distanciamiento y conflicto social Sobrevaloración, indulgencia, o maltrato parental.	Atención selectiva Lógica ilógica Sesgo confirmatorio	Frialdad expresiva Tendencia a la rabia y a la envidia	Pobre awareness personal Proyección	Estilo parental rígido e hipercontrolador
<b>Esquizoide</b>	Sustratos fisiológicos hipoactivos (déficit en sistemas límbicos y autonómicos) Dominancia SN parasimpático) Ectomorfos Alto Neuroticismo	Bajo refuerzo social Conducta apática y letárgica Indiferencia parental Ambiente familiar formal y rígido	Pobreza y aridez cognitiva Tendencia a la ensoñación	Aplanamiento Déficit en expresión afectiva Pocas necesidades afectivas Frialdad	Comunicación familiar fragmentada	Comunicación familiar fragmentada
<b>Esquizotípico</b>	Bajo umbral SNA Sustratos fisiológicos hipoactivos Alto Neuroticismo	Ambiente familiar frío y formal Sobreprotección Conducta excéntrica y extravagante Distanciamiento y aislamiento social	Mundo cognitivo caótico, tendencia a confundir entre fantasía y realidad	Fluctuación entre lo aprensivo lo apático y lo frenético	Anulación para atenuar culpas y malos pensamientos	Comunicación parental fragmentada
<b>Antisocial</b>	Bajo umbral límbico Déficits inhibitorios Alto neuroticismo Hereditabilidad alta Problemas en el lóbulo frotal	Conducta temeraria, opositorista y desafiante Indiferencia y hostilidad parental Modelos parentales deficitarios Nutrientes materiales y falta de nutrientes afectivos	Alto sesgo al autoservicio	Alta excitabilidad e irritabilidad Baja sensibilidad al castigo	Débil introyección de normas Acting-out Proyección	Indiferencia y hostilidad parental
<b>Limite</b>	Alta hereditabilidad Déficit en regulación emocional Disfunción de sistema serotoninérgico Déficit orgánicos (percepción, atención, memoria y secuenciación) Alteraciones en lóbulo frontal Psicoticismo alto Introversión en ambos polos Depresión alta Ansiedad alta	Experiencias traumáticas (muerte de persona significativa) Violación y/o abuso sexual Asertividad baja-media Conducta agresiva	Esquemas cognitivos disfuncionales Autoimagen baja Perfeccionismo alto Pensamiento ruminativo frecuente Magnificación a lo negativo Atención selectiva a lo negativo Pensamiento polar frecuente Exigencias a los demás y auto-exigencia alta Autoeficacia baja	Autoestima baja Alexitimia alta Autoimagen emocional Tolerancia a la frustración baja reacción: tristeza, desánimo, rabia Capacidad de empatía relativa Estabilidad del ánimo variable Propenso a sentimientos de inferioridad; desprecio y odio Propenso a emociones displacenteras (pena, angustia, rabia, miedo, ternura, alegría, envidia) Nivel de felicidad neutro o muy poco feliz	Alexitimia alta Experiencias traumáticas	Comunicación familiar fragmentada Ambiente familiar disfuncional Déficit en comunicación afectiva
<b>Narcisista</b>	Alta impulsividad Alto neuroticismo ? Extroversión alta ?	Sobrevaloración parental Aislamiento y rechazo social Indiferencia No respeta límites	Alta exigencia a otros y poca a sí mismo Estilo defectuoso de procesamiento de la información Esquemas disfuncionales	No empatía Envidia Baja satisf. de necesidades Hipersensibilidad	Pobre awareness personal Escisión Intelectualización	Indulgencia parental Hijo único

Figura 2. (Continuación) Etiología Paradigmática de los Trastornos de Personalidad

	Paradigma Biológico	Paradigma Ambiental/ Conductual	Paradigma Cognitivo	Paradigma Afectivo	Paradigma Inconsciente	Paradigma Sistémico
<b>Histriónico</b>	Compromiso de la madurez cerebral. Hipofunción frontal Hiperactivación subcortical primaria Noradrenalina elevada Hipoactividad serotoninérgica Disminución de monoaminooxidasa	Falta de reconocimiento en la infancia temprana Conflictiva edípica Deprivación materna temprana Infancia (tardía) Recompensa del atractivo físico	Estilo cognitivo global y difuso Dificultad para integrar el aprendizaje Dificultad para la concentración intensa Razonamiento emocional Significación deseo céntrica	Limitado autocontrol Patrón variable e inconstante de comportamiento emocional (inestabilidad afectiva basal) Egocentrismo acentuado Bajo umbral para la reactividad emocional Predominio de motivaciones deficitarias	Represión masiva Mecanismos defensivos primitivos Tendencia a la regresión y a la disociación Escasa capacidad para sublimación Tendencia al acting-out	Relaciones inconsistentes y estereotipadas
<b>Por Evitación</b>	Alto neuroticismo Baja extroversión Dominancia sistema nervioso	Inactividad Conducta evitación -escape Pobre repertorio conductual Baja asertividad Aislamiento social Pobre experiencia de logro Asociaciones clásicas ansiógenas	Alta irracionalidad Distorsiones y sesgos cognitivos Pensamientos automáticos negativos Auto-esquemas negativos Baja autoimagen Baja autoeficacia	Alta ansiedad Alta alexitimia Alta ansiedad social Baja autoestima	Awareness parcial (Si de conducta no de emociones y cogniciones) Represión	Rechazo parental Rechazo de los pares Aislamiento social
<b>Por Dependencia</b>	Problemas tiroideos Biotipo endomórfico o ectomórfico Neuroticismo alto Extroversión baja Psicoticismo bajo Depresión alta Ansiedad alta	Sobrepotección parental Influencia socialización roles estereotipados Experiencias de privación y frustración Pobres experiencias de logro Inhibición de conductas de entrenamiento Desconsideración y rechazo social Bajo repertorio conductual Baja asertividad	Autoesquemas negativos Ideas irracionales Pensamientos automáticos negativos Estilo atribucional disfuncional Pensamiento dicotómico Baja autoimagen Baja autoeficacia	Baja autoestima Alta ansiedad social Miedo al abandono labilidad	Baja autoestima Alta ansiedad social Miedo al abandono labilidad	Relaciones complementarias Alto costo relacional Descalificación desde los otros
<b>Obsesivo-compulsivo</b>	Alto Neuroticismo Heredabilidad (más frecuente en parientes de 1er grado y monocigóticos)	Sobrecontrol parental Modeling de patrón compulsivo en la familia Alto nivel de exigencia Asociaciones clásicas Padres poco empáticos Aprendizaje deficitario de expresión afectiva Bajo repertorio conductual	Ideas irracionales "debeismos" Errores cognitivos Altas autoexigencias Autoimagen baja Autoeficacia alta/baja Perfeccionismo alto Estilo culposo	Animo básico negativo Baja tolerancia a la frustración Baja autoestima Alta alexitimia Alta ansiedad social	Alta alexitimia Represión (rabia) Pobre awareness	Pobre conducta afectiva Sobrecontrol parental

Es importante destacar el hecho que en la clínica de los Trastornos de Personalidad, generalmente es posible encontrar una gran variedad de combinaciones de fuentes etiológicas para los distintos trastornos. Se presenta una vasta gama de diferencias etiológicas en los distintos sujetos, aún cuando compartan el mismo trastorno específico. Lo anterior se acentúa en la medida que la etiología implica tanto causas de origen como causas de mantención de los trastornos.

Por otra parte una misma alteración manifiesta puede, en un sentido profundo, involucrar diferencias muy significativas entre una persona y otra o entre un trastorno de personalidad y otro. Un ejemplo de esto lo hemos explicitado

recientemente, en la dificultad para aprender de la experiencia, característica presente en los trastornos antisociales y también en los trastornos de personalidad histérica (10). En ambos, el funcionamiento presenta una pobre consolidación de afectos más estructurales y profundos, además de una dificultad en la resonancia afectiva de la experiencia. Hasta aquí todo es muy similar, pero las diferencias son sustanciales. En el caso de la personalidad psicopática, no existe un impacto significativo de la experiencia; hay una resonancia afectiva con la experiencia pobre o insuficiente como para generar arraigo afectivo. Muy por el contrario, en el caso de la personalidad histérica, existe mucho impacto afectivo de la experiencia, en el sentido de una fuerte y desmedida resonancia “emocional” con la experiencia. Pero esta resonancia cursa conjuntamente con una emocionalidad reverberante, que contribuye a impedir la decantación en estructuras afectivas más estables y, por tanto, el desarrollo de un mayor arraigo afectivo de la experiencia a largo plazo.

En lo relacionado con el **proceso evolutivo** en la gestación de un Trastorno de Personalidad, la investigación no nos puede aportar lo suficiente. Si bien el rol etiológico de los factores genéticos, y el muy probable rol de las experiencias relacionales tempranas, hacen esperable que muy frecuentemente la gestación de un Trastorno de Personalidad se establezca bastante tempranamente, lo probable es que también las experiencias posteriores vayan aportando lo suyo. Es por ello que se plantea que no es procedente el plantear el diagnóstico de estructura o trastorno de personalidad, sino hasta los 18 años (salvo excepciones muy específicas). También, es importante señalar el rol causal de ciertas experiencias y/o acontecimientos específicos en la aparición de un Trastorno de Personalidad en una personalidad pre-mórbida *normal* (dando pie incluso a una de las categorías de la clasificación CIE-10). Lo probable entonces, es que la gestación tienda a iniciarse tempranamente, aún cuando el Trastorno de Personalidad tienda a configurarse en plenitud más tardía que tempranamente. Más que una obligación de actualización de disposiciones biológicas específicas, los trastornos de personalidad parecieran ser la resultante de la interacción de éstas con experiencias vitales, dentro del complejo marco del desarrollo evolutivo humano.

La complejidad, variabilidad y dinamismo de la etiopatogenia de los Trastornos de Personalidad, a juicio nuestro, requiere perentoriamente de un abordaje integrativo. Es en este punto donde el Supraparadigma Integrativo se constituye en un aporte sustancial a la comprensión de los Trastornos de Personalidad; posibilita una sistematización teórica más completa y no reduccionista que potenciará las opciones de cambio, al orientar la elección e implementación idiosincrásica de estrategias y técnicas psicoterapéuticas. Todo ello con el aval de la investigación y el trabajo clínico.

## APORTES ESPECIFICOS A LA ETIOPATOGENIA DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA: LOS CONCEPTOS MOVILIZADORES

A partir del Supraparadigma Integrativo hemos venido desarrollando algunos conceptos movilizados aplicables tanto a la etiología como al cambio terapéutico.

En el marco de la psicoterapia integrativa entendemos por concepto movilizador una formulación conceptual bien fundamentada, cuya forma aporta adicionalmente elementos motivacionales, para la participación activa del paciente en su proceso psicoterapéutico. Algunos de esos conceptos son particularmente aportativos en la etiopatogenia de los Trastornos de Personalidad.

A nivel de la etiología de los Trastornos de Personalidad, un concepto movilizador muy esclarecedor es el de **Significación Biológica**. Las diferencias biológicas contribuyen a la traducción diferente de experiencias similares; desde la biología misma, el estímulo posee una significación diferente para cada persona. Como lo señalan Millon y Davis (1999): “El mismo entorno puede ser percibido de forma distinta por individuos que poseen diferentes sensibilidades biológicas: las personas registran los distintos estímulos e intensidades variables según su patrón único de vigilancia, agudeza sensorial y disposición temperamental. Por tanto, las diferencias significativas en la experiencia son configuradas en primer término por la dotación biológica de la persona (35,p.70). Esta dotación o configuración biológica, adquiere características muy influyentes a nivel de los rasgos de personalidad, sean éstos ajustados o desajustados. Es esta misma influencia biológica la que operaría en los niveles estructurales más complejos, dando cuenta de las particularidades que adquiere la significación de la experiencia en las diferentes estructuras de personalidad.

El **ambiente pato-sintónico** es un concepto que hace referencia a aquellos ambientes que son consistentes y concordantes con la forma de ver el mundo de la persona, aquellos ambientes que “armonizan” con el comportamiento y las significaciones del individuo desajustado, permitiéndole continuar sin necesidad de cambio. Lo anterior es altamente frecuente en los trastornos de personalidad; el ambiente interpersonal del paciente con un trastorno de personalidad evoluciona en una dirección pato-sintónica; en torno a él solo “sobreviven” aquellos que, de un modo u otro, logran cierta sintonía con sus rasgos patológicos de personalidad. Lo anterior se relaciona estrechamente con la característica aloplástica de los síntomas en los trastornos de personalidad (17); esto es que los sujetos con trastornos de personalidad buscan “adaptarse” al ambiente cambiando el exterior y no su Yo, cambiando a los otros y favoreciendo así el desarrollo pato-sintónico.

El concepto de ambiente pato-sintónico se complementa bien con el tradicional concepto de egodistonia. Cuando la patología está “en sintonía” con el mundo interno y con el mundo externo, no se perfila por lado alguno una motivación al

cambio. De allí que, a la hora de la Psicoterapia Integrativa, el ambiente pato-distónico se puede dar la mano con la génesis de una creciente egodistonia.

En la esfera de las relaciones interpersonales, un concepto movilizador interesante es el de **conducta pulsante**. En el ámbito de las relaciones sociales la conducta de una persona influye activando diferencialmente a su interlocutor; de este modo, una persona puede activar mejor o peor su ambiente social, de la forma como un músico puede pulsar mejor o peor un teclado, y por ende generar desde melodías hermosas hasta chirridos desagradables. “Una persona que despliega adecuadamente su conducta pulsante, será buena concertista de ambientes sociales” (14, p.277). Siguiendo con esta analogía, es en los Trastornos de Personalidad en donde podemos apreciar los “chirridos” más molestos, debidos a la falta de una adecuada conducta pulsante. Esto es consistente con la alta correlación existente entre la insatisfacción de necesidades y la presencia de un Trastorno de Personalidad; en nuestro Instituto encontramos, en una muestra de 392 casos, que la presencia de un Trastorno de Personalidad se asoció significativamente con baja satisfacción de necesidades (52,6%) o media (22,5%) (51). En los Trastornos de Personalidad, muchas necesidades que se satisfacen en la relación con otros, van quedando frustradas e insatisfechas.

El concepto de **inercia afectiva** implica que la presencia de un estado afectivo tenderá a ofrecer resistencia a la génesis de un afecto de valencia opuesta. Este concepto movilizador implica una derivación del concepto de inercia desde el campo de la física, hacia el campo del acontecer psicológico. La inercia afectiva resulta clara tanto para los clínicos como para las personas comunes y corrientes. En el ámbito de los Trastornos de Personalidad este concepto es de gran relevancia, dado el fuerte vaivén e intensidad afectiva de las vivencias del paciente. Siendo además muy frecuente que esta experiencia se derive al terreno de lo existencial – situación que une lo afectivo, lo cognitivo y lo trascendente – y le ofrece una resistencia muy fuerte a las propuestas y/o intervenciones terapéuticas. Los sentimientos persecutorios en un Trastorno de Personalidad paranoide, por ejemplo, ofrecerán una notable resistencia a la génesis de sentimientos positivos hacia las personas.

Otro concepto movilizador de gran aporte es el de las **cogniciones afectivo-dependientes**; hablamos de ellas cuando son los afectos los que influyen en la génesis de las cogniciones. El afecto puede “iluminar” cierto sector cognitivo que le resulte afín, puede facilitar la génesis de cogniciones que le sean concordantes y puede facilitar la modificación de cogniciones que le sean antagónicas. Este mecanismo resulta muy ilustrativo, por ejemplo, de las características egosintónicas de los síntomas en los trastornos de personalidad. Otra de las manifestaciones específicas del efecto de los afectos en el mundo cognitivo, es la **autoimagen emocional**, la cual hace referencia al fenómeno que observamos en muchos pacientes en los cuales la autoimagen “sube o baja” de acuerdo al estado emocional que están experimentando.

## PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

A la hora de la psicoterapia, todos los elementos anteriormente explicitados pasan a tener su importancia. Si asumimos que los resultados terapéuticos han tendido a ser insatisfactorios, las razones para ello se desprenden de lo que hemos venido señalando. Es así que importantes pre-disposiciones biológicas, experiencias tempranas reiterativas, operaciones de reforzamiento mal planteadas y reiterativas, estructuras cognitivas con arraigo afectivo, etc., aportan una fuente explicativa convincente para el mal pronóstico psicoterapéutico de los Trastornos de Personalidad. Adicionalmente, cada paciente aporta su propio perfil etiológico, con combinaciones causales idiosincrásicas para cada uno lo cual complica mucho las cosas. Por otra parte, la larga evolución de cada Trastorno, facilita que el paciente aprenda a convivir con él, generando todo un sistema defensivo que incluye la egosintonía como un elemento central; esto también empobrece el pronóstico, dada la escasa motivación al cambio que muestran muchos de estos pacientes. Y la co-morbilidad, tan frecuente en estos desajustes, nos empeora el panorama otro poco más.

Por lo señalado anteriormente, la psicoterapia integrativa en Trastornos de Personalidad obliga a realizar un diagnóstico integrativo a nivel etiológico, para estimar las causas de origen y mantención de las problemáticas del paciente.

Posteriormente, articula principios de influencia y conceptos movilizadores en forma estratégica e individualizada, para optimizar los estímulos efectivos en el paciente, de manera de procurar así el logro de los objetivos terapéuticos. Si bien en cada paciente la articulación de principios de influencia, variables inespecíficas y conceptos movilizadores, adquirirá una particularidad única, la psicoterapia integrativa aporta algunas sistematizaciones “nomotéticas” de gran utilidad para la planificación y elección de estrategias y técnicas que el terapeuta debe realizar en cada caso individual.

No haremos aquí una amplia exposición de la psicoterapia integrativa en estos territorios; no es el objetivo del presente Capítulo. A modo de síntesis, señalaremos a continuación algunas **avenidas centrales** en relación a la psicoterapia.

Una primera avenida se refiere al hecho que la psicoterapia integrativa de los Trastornos de Personalidad procura la **modificación, “modulación” y/o re-administración de los rasgos** de personalidad, como objetivo terapéutico. Esto es, actuar sobre el SELF y sus funciones, buscando acercar al paciente hacia los parámetros de un sistema SELF lo más desarrollado posible...en los términos que el propio paciente considere aceptables. Estos parámetros serían el estrechamiento de los contenidos inconscientes por medio de un awareness amplio y estable de las propias cualidades y defectos, de la relación conducta/consecuencias, y del propio mundo emocional. Lo anterior, unido a la capacidad de manejarse adecuadamente en cada una de las esferas de la vida. (1).

Una segunda avenida central para la psicoterapia, se refiere a rol del diagnóstico integral como el primer peldaño del accionar psicoterapéutico. Puesto que el Supraparadigma guía y comanda el proceso, el psicoterapeuta integrativo no solo hará un diagnóstico descriptivo del paciente; evaluará también el funcionamiento del paciente en cada uno de los paradigmas del Supraparadigma, otorgándole desde un comienzo una igualdad de oportunidades a cada paradigma, para mostrar sus fortalezas y debilidades en cada paciente en particular. Nuestra Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI), constituye un cuestionario de auto-reporte que facilita la tarea evaluativa de cada paradigma y del sistema SELF de cada paciente. Y, como un aporte medular, el diagnóstico integral facilita la intervención terapéutica: al ayudar a identificar recursos y carencias, al ayudar a identificar las causas predominantes en cada caso particular y las áreas de intervención que se perfilan como más promisorias en términos del pronóstico psicoterapéutico. Se trata entonces de una evaluación completa, que procura no dejar fuera ningún recurso ni ninguna etiología relevante; y se trata también de una evaluación para la acción y no para la contemplación.

Una tercera avenida relevante para la psicoterapia integrativa en Trastornos de Personalidad, se refiere al rol que juegan los estímulos efectivos en la psicoterapia integrativa. El paciente no reacciona ante estímulos “objetivos” sino ante la forma en que va procesando los estímulos. Una intervención del terapeuta aparentemente excelente, puede ser muy mal interpretada por el paciente; y una intervención aparentemente intrascendente puede producir excelentes resultados. En suma, en psicoterapia integrativa el dueño del proceso es el paciente; y los estímulos efectivos que va *construyendo*, constituyen el eje de todo el proceso de psicoterapia integrativa.

Una cuarta avenida relevante para la psicoterapia se refiere a la génesis de egodistonia. Al respecto, el hecho que el paciente responda el FECI, aporta un material invaluable para la génesis de egodistonia; un buen manejo clínico de las respuestas del paciente pone en juego las habilidades artísticas del psicoterapeuta; pero abre la posibilidad de generar una motivación al cambio, sin la cual, todo el proceso psicoterapéutico pasa a quedar empantanado.

Una quinta avenida relevante se refiere a hacer un uso clínico no común, de los así llamados “factores comunes” a los diferentes enfoques. Especificar variables “inespecíficas” del paciente, del terapeuta y de la relación paciente/terapeuta, pasa a ser central. En el ámbito de la alianza terapéutica, por ejemplo, será crucial que el terapeuta no repita estilos de apego o estilos relacionales, que han perjudicado al paciente a través de su historia.

Una sexta avenida se refiere al aporte de estrategias clínicas y/o técnicas específicas. Al respecto, cada paradigma del Supraparadigma aporta fuerzas de cambio que el terapeuta integrativo irá utilizando en función del diagnóstico, de la dinámica relacional, y de sus propias decisiones clínicas. En el “menú” del psicoterapeuta integrativo estará la farmacoterapia, el ensanchar el awareness, el generar expectativas de cambio, el ir reforzando los cambios, el elaborar con el paciente un ideal del SELF como referente, el ir desarrollando tareas específicas,

el ir enriqueciendo el repertorio conductual, el ir reforzando auto-imagen y auto-estima, el ir...La verdad es que las opciones válidas en estos territorios son innumerables.

Una séptima avenida se relaciona con el uso de estrategias de cambio específicas de la psicoterapia integrativa. En este ámbito se sitúan los aportes de los principios de influencia y de los conceptos movilizadores. A la fecha hemos precisado sobre 120 principios de influencia derivados a partir del Supraparadigma Integrativo. Y hemos delimitado 18 conceptos movilizadores, altamente aportativos y motivantes para la práctica clínica; un buen uso del ambiente pato-distónico, por ejemplo, puede significar un aporte invaluable en la psicoterapia integrativa de los Trastornos de Personalidad. El lector interesado en estos aportes específicos, puede dirigirse a la bibliografía que hemos venido especificando a través del presente Capítulo.

Una octava avenida se refiere al rol de la elaboración o “working through” a través del proceso psicoterapéutico. En el ámbito de los Trastornos de Personalidad, no se puede pretender cambiar de un momento a otro estructuras arraigadas que han acompañado al paciente a través de toda una vida. Lo que sí se puede pretender, es ir “puliendo” los cambios: en timing, con paciencia pero también con decisión. Esto involucra todo un proceso de elaboración que no puede ser muy breve, pero que será todo lo breve que pueda ser.

Nuestra novena avenida se refiere a la importancia de “anclar los cambios”. Dado el peligro de recaídas, el terapeuta deberá asegurarse que los cambios involucren - para el paciente - nuevas fuentes de satisfacción y de reforzamiento. Resulta fundamental que el paciente desee y luche por mantener sus logros. Aquí la prevención de recaídas y el desarrollo personal del paciente a través del proceso, pasan a desempeñar también un rol fundamental.

## **A MODO DE CONCLUSIÓN**

En lo relacionado con la calidad del accionar clínico de la psicoterapia integrativa en Trastornos de Personalidad, la verdad es que disponemos de algunos estudios sobre evaluación de resultados, los cuales nos arrojan alguna luz acerca de cómo vamos encaminados.

Nuestra modalidad de psicoterapia integrativa en Trastornos de Personalidad fue evaluada “desde fuera”, es decir a través de un estudio realizado por una psicóloga que no trabaja en nuestra institución y que, a la fecha del estudio, no adscribía a nuestro enfoque integrativo (52); esto es de la mayor importancia dada la presencia del “allegiance effect”, es decir la tendencia de los enfoque a encontrar “evidencias” que les resultan favorables. Para la psicoterapia integrativa en Trastornos de Personalidad, en general, Calderón encontró resultados bastante promisorios. Esto resulta muy alentador si consideramos que en este

estudio la psicoterapia que estaba a cargo de terapeutas integrativos en formación y el que se usaron criterios de significación estadística y de cambio clínicamente significativo en sus rangos más rigurosos, (53). En dicho estudio se encontró que la psicoterapia integrativa lograba cambios positivos estadísticamente significativos, y presentaba una tendencia hacia el cambio clínicamente significativo, en pacientes medidos a partir de los 6 meses de terapia. También se vio que el nivel de cambio era mayor en los Trastornos del Cluster C y menor en los pacientes del Cluster A (los que además consultan menos). Otro hallazgo interesante de este estudio, fue que los cambios mostrados por los pacientes estuvieron relacionados con los aspectos nucleares o criterios que definen los trastornos específicos contenidos en la clasificación DSM IV, sugiriéndose que los patrones de cambio en la terapia de los Trastornos de Personalidad parecieran ser complejos y variados de un trastorno a otro (52).

Por otra parte en los Consultorios de nuestro Instituto, el los que se realizan más de 20.000 atenciones anuales, los Trastornos de Personalidad (diagnosticados) se presentan en un 46,4%, con una distribución porcentual bastante similar a la señalada por el DSM para cada Cluster (2,3%, 17,9% y 9%, respectivamente); siendo la prevalencia de trastorno límite bastante alta (54).

En una muestra de 1261 pacientes con terapia finalizada, el 10,5% presentaban Trastorno de Personalidad límite. Aún cuando las características de estos pacientes son consideradas complejas, y en gran parte responsables del tipo de término de la intervención, la psicoterapia integrativa se muestra bastante promisorio en el tratamiento de estos pacientes. Es así como el 51,5% de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad límite finalizó su terapia por solución de problemas y cumplimiento de contrato o razones externas a la terapia; sólo el 11,4% lo hizo por razones de disconformidad o no cumplimiento de expectativas (1, 54). Los resultados encontrados son francamente alentadores, si los comparamos con las altas tasas de deserción que muestran estos pacientes (55, 56).

La psicoterapia integrativa se propone aprender de la historia de la psicoterapia y lo primero que hay que aprender se relaciona con modestia, autocrítica y no sesgar a favor del propio enfoque, no cantar victoria antes de tiempo. Y aunque tenemos fundamentados argumentos para creer que vamos por el buen camino, no basta con creerlo sino que hay que demostrarlo.

En este contexto, los estudios anteriores resultan alentadores, pero en modo alguno constituyen evidencias definitivas. Una actitud científica exige la presencia de una auténtica apertura a la crítica y exige que las estrategias “seductoras” vayan siendo desplazadas por una genuina búsqueda del conocimiento. Es el camino que está a tono con la exigencia de los tiempos y es el que se desprende de tantos años de desarrollo de la psicoterapia; es el camino a transitar si realmente queremos avanzar. Por ahora, es suficiente decir que estamos profundamente satisfechos de trabajar en este marco referencial emergente, que pretende unir ciencia y arte, y que se llama psicoterapia integrativa.

## Referencias Bibliográficas

1. Bagladi, V.: Trastornos de la Personalidad y Psicoterapia Integrativa en Opazo, R. y Fernández-Alvarez, H. La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico. Paidós. Barcelona. 2004.
2. Florenzano, R.: Trastornos de la Personalidad. En Heerlein A. (Ed.); Psiquiatría Clínica. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago de Chile. 2000.
3. American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Editorial Masson, España. 1995.
4. Organización Mundial de la Salud: CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Ediciones Meditor, Madrid. 1992.
5. Millon, T.: Trastornos de la personalidad: más allá del DSM IV. Masson, S. A. Barcelona, España. 1998.
6. Bouchard, Th.: Genes, Environment, and Personality. En Ceci, S. y Williams. Ed. The Nature-Nurture Debate. The Essential Readings. Blackwell Massachussets, 1999.
7. Gomberof, M.: Coloquio sobre tratamiento de los trastornos de personalidad. Revista de Psiquiatría. Santiago. Chile, IV, N°1. Marzo 1987, p. 59-70.
8. Lambert, M.,; Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Fifth Edition. John Wiley & Sons, Inc. 2004.
9. Linehan, M.: Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. The Guilford Press. New York. 1993.
10. Bagladi, V.: Psicoterapia Integrativa en el Trastorno de Personalidad Límite. Artículo Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2005.
11. Opazo, R.: Postulados Básicos de una Psicoterapia Integrativa. En Revista Argentina de Clínica Psicológica 1992b, Vol. I, n° 12: 131-139.
12. Opazo, R.: Fuerzas de Cambio en Psicoterapia: Un Modelo Integrativo. En Integración en Psicoterapia. Roberto Opazo (Ed.) Centro Científico de Desarrollo Psicológico, Santiago, Chile. 1992.
13. Opazo, R.: In the Hurricane's Eye: A Supraparadigmatic Integrative Model. Journal of Psychotherapy Integration 1997. Vol. 7(1): 17-51.

14. Opazo, R.: Psicoterapia Integrativa. Una delimitación Clínica. Ediciones ICPSI, Santiago de Chile. 2001.
15. Millon, T: Personologic Psychotherapy; ten commandments for a Postecletic. Approach to Integrative Treatment. Psychotherapy 1988, Vol 25: 209-219.
16. Riquelme, R. y Oksenberg, A. (Eds.): Trastornos de Personalidad: Hacia una mirada integral. Sociedad Chilena de Salud Mental. Stgo, Chile 2003.
17. Kaplan, H. & Sadock, B.: Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la Conducta Psiquiátrica Clínica. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 1999.
18. Gomberoff, M.& Jimenez, J.P.: Psiquiatría. Ediciones MEDCOM Ltda. Santiago. 1981.
19. Skinner, B.: Science and Human Behavior. MacMillan, New York. 1953.
20. Mischel W.: On the future of personality measurement. American Psychologist 1977, Abril: 246-254.
21. Bandura, A.: Principles of behavior modification. Halt, Rinehart and Winston, INC. 1969.
22. Beck, A. y Freeman, A.: Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad. Editorial Paidós, México. 1995.
23. Guidano, V.: El sí-mismo en proceso. Ediciones Paidós. Barcelona1994.
24. Maslow, A.: La amplitud potencial de la naturaleza humana. Trillas, México. 1988.
25. Rogers, C.: Psicoterapia Centrada en el Cliente. Paidós. Buenos Aires. 1951.
26. Bagladi, V.: Enfoque Humanista Experiencial: Una delimitación. 1º Seminario Internacional de Psicología. Lima, Perú. 1994.
27. Rich, J.: How to Succeed in Childhood. En Ceci and Williams, 1999.
28. Eysenck H. J.: Fundamentos Biológicos de la Personalidad. Barcelona. Editorial Fontanella S.A. 1978.
29. Kagan K., Reznick J. y Snidman N.: Biological Bases of Childhood Chynness. Science. April.1988.
30. Plomin R.: The Role of Inheritance in Behavior. Science, April. 1990.
31. Wright, W.: Born that way. Routledge, New York 1999.

32. Ceci, S. and Williams, W.: The Nature-Nurture Debate. Blackwell Massachusetts, 1999.
33. Ridley, M.: Genoma. La Autobiografía de una Especie en 23 Capítulos. Madrid. Grupo Santillana de Ediciones, S.A. 2000.
34. Klein, M,H; Kupfer, DJ and Shea, MT.: Personality and Depression. New York: Guilford Press. 1993.
35. Millon, T. y Davis, R.: "Synergistic psychotherapy: post-eclectic forms of therapy for Axis II. Journal of contemporary psychotherapy 1997. Win; Vol 27(4): 385-405.
36. Lewinsohn P., Rohde P., Seeley J. & Klein D.: Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997. Vol. 36 (12).
37. Pervin, I. y John, O. (Eds.): Handbook of Personality. New York. Guilford Press. 1999.
38. Kendler, K., Silberg, J.L., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., & Eaves, L.J.: The family history method: whose psychiatric history is measured? American Journal of Psychiatry, 1991, 148(11), 1501-1504.
39. Wachtel, P.: From Eclecticism to Synthesis: Toward a More Seamless Psychotherapeutic Integration. Journal of Psychotherapy Integration. 1991.
40. Millon, T.: Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV. Editorial Masson, Barcelona. 1999.
41. Kraepelin, E.: La locura maniaco-depresiva. Buenos Aires: Polemos.1996.
42. Plomin, R. and Caspi, A.: Behavioral genetics and personality. In L.A. Pervin y O.P. John (Eds). 1999. p. 251-276.
43. Werner, E.: Risk, resilience and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study. 1993. Development and Psychopathology, 5, 503.
44. Werner, E. and Smith, R.: Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York: MacGraw-Hill, 1982.
45. Lyons, M.J., True, W.R., Eisen, S.A., Golberg, J., Meyer, J.M., Faraones, S.V., Eaves, L. J. & Tsuang, M. T.: Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. Archives of General Psychiatry. 1995. 52, 906-905.
46. Goleman, D.: Emotional intelligence. New York Bantam Books, 1994.

47. Watson, D.: Mood and temperament. Cap, 6. Temperament and Personality. New York. Guilford Press. 2000.
48. Kernberg, P: Minimal Brain Dysfunction in Borderline Personality Disorders in Adolescence. New York, White Plains, 1982, p. 25.
49. Haughton, E. y Ayllon, T.: Production and elimination of symptomatic behavior. En L.P. Ullmann and L. Krasner (eds.). Case studies in behavior modification. New York. 1965. Pages 268-284.
50. Lebow, L. (Ed.): Handbook of Clinical Family Therapy. John Willey and Sons, Inc. New Jersey 2005.
51. Bagladi, V.: Personalidad y Psicoterapia Integrativa. Congreso Español de Psicoterapia. Valencia, España. 2001.
52. Calderón, C.: Psicoterapia Integrativa en el Tratamiento de Trastornos de Personalidad. Estudio Descriptivo de Resultados Terapéuticos. Tesis Magíster PUC 2001. Stgo. Chile.
53. Jacobson N. & Truax P.: Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991; Vol.59 (1): 12-19
54. Bagladi, V.: Psicoterapia Integrativa en Trastornos de Personalidad. IV Congreso Mundial de Psicoterapia. Buenos Aires, Argentina. Agosto 2005.
55. Frank, A.F.: The Therapeutic Alliance of Borderline Patients. Editores: J.F. Clarkin, B. Marziali and Munroe-Blum. Borderline Personality Disorders: Clinical and Empirical Perspectives, New York, Guilford, 1992.
56. Gomberoff, L. y Gomberoff, M.: Tratamiento Psicoanalítico de los Pacientes Límitrofes. En Riquelme, R. y Oksenberg A. Ed. (2003): Trastornos de la Personalidad. Hacia una mirada Integral 2003. Sociedad Chilena de Salud Mental, Chile.