

**COMPRESIONES ACERCA DE LA RELACION EXISTENTE ENTRE LOS  
COMPORTAMIENTOS LÍMITES Y EL HISTORIAL DE APEGO DE UNA PERSONA  
INTERNA EN UNA FUNDACIÓN DE REHABILITACIÓN DE ADICCIONES**

**Sandra Ximena Forero Rodríguez**

**Director**

**Juan Guillermo Manrique López**



**Universidad Santo Tomás  
División de Ciencias de la Salud  
Facultad de Psicología  
Bogotá, D.C. Mayo 2014**

## **Agradecimientos**

*El punto final a una historia que comenzó hace 5 años está por llegar, durante este tiempo aprendizajes, vivencias y muchas personas llegaron a compartir y a cruzar por mi mismo camino; para el fin de esta etapa enfrento un reto con la construcción de esta investigación donde personas significativas han sido parte de ello, puesto que me han apoyado de principio a fin y por tanto quiero agradecer.*

*Inicialmente, quiero hacer un agradecimiento especial a mi pareja, quien ha sido amigo y compañero incondicional en esta larga travesía; a mis padres y hermanas quienes han compartido este largo camino conmigo; a mis amigos con quienes co-construí conocimientos tanto mundanos como formativos; a la señora Ma. Victoria Aponte quien con su experiencia investigativa me aclaraba dudas y me ayudaba a retomar el camino en mi investigación; Y finalmente agradezco a mi mentor y profesor Juan Guillermo Manrique, quién por un lado con su experiencia y conocimientos guio este proyecto investigativo y por el otro cimento, contribuyo a tanto a mi proceso formativo como a mi vida personal.*

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	8
1.1. Definición del Problema.....	8
1.2. Justificación .....	12
2. OBJETIVOS.....	14
2.1. Objetivo general.....	14
2.2. Objetivos específicos.....	14
3. MARCO DE REFERENCIA.....	15
3.1. Marco paradigmático y epistemológico.....	15
3.2. Marco disciplinar.....	21
3.2.1. Historia de Apego.....	21
3.2.2. Postulado teoría del apego.....	24
3.2.3. Apego, personalidad y adicciones.....	26
3.2.4. Relación de tres.....	28
3.3. Psicopatología límite.....	30
3.3.1. ¿Una clasificación límite? o ¿Un comportamiento límite?.....	31
3.3.2. El problema científico de las clasificaciones.....	33
3.3.3. Lo límite y lo adictivo.....	35
4. MARCO INTERDISCIPLINAR.....	38
4.1. Lo límite y lo psiquiátrico.....	38
4.2. Historia de lo límite.....	39
5. MARCO NORMATIVO / LEGAL.....	41
6. MARCO INSTITUCIONAL.....	46

7. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	46
8. METODOLOGÍA.....	49
8.1. Investigación cualitativa.....	49
8.2. Tipo de estudio.....	51
8.2.1. Estudio de caso.....	51
8.3. Participante.....	53
8.4. Estrategia.....	54
8.4.1. Entrevista centrada en el problema.....	54
8.4.2. Análisis cualitativo del contenido.....	55
8.5. Instrumentos.....	56
8.5.1. Matrices.....	56
8.5.2. Grabaciones de audio.....	57
8.5.3. Consentimiento informado.....	57
8.6. Procedimiento.....	58
8.6.1. Fases de la investigación.....	58
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	59
10. RESULTADOS.....	61
10.1. Primera sesión.....	61
10.2. Segunda sesión.....	64
10.3. Tercera sesión.....	69
11. DISCUSIÓN.....	70
12. CONCLUSIONES.....	76
13. SUGERENCIAS.....	80
14. APORTES.....	81
14.1. Aportes a la disciplina y al proyecto de investigación docente.....	81

14.2.	Aportes al participante y a la institución.....	81
14.3.	Aportes a la psicóloga investigadora en formación.....	82
14.4.	Alcances y limitaciones.....	82
REFERENCIAS.....		83

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	Explicación desarrollo antecedentes.....	46
FIGURA 2.	Categorías empleadas para el trastorno límite.....	56
FIGURA 3.	Punto de encuentro entre dos perspectivas.....	72

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1.	Matriz de Transcripción.....	56
TABLA 2.	Matriz de Resultados.....	57
TABLA 3.	Primera Sesión.....	61
TABLA 4.	Segunda Sesión.....	64
TABLA 5.	Tercera Sesión.....	69

## ANEXOS

ANEXO 1. Formato de consentimiento informado

ANEXO 2. Antecedentes investigativos

ANEXO 3. Matriz de transcripción 1era sesión

ANEXO 4. Matriz de transcripción 2da sesión

ANEXO 5. Matriz de transcripción 3era sesión

## RESUMEN

Este trabajo de investigación busca comprender la relación existente entre el trastorno límite y el historial de apego a través del discurso de una persona interna en una fundación de rehabilitación de adicciones. Por tanto, es de orden cualitativo y es un estudio de caso que se aborda desde una entrevista centrada en el problema con la que luego se realiza un análisis cualitativo del contenido que es desarrollado como tal en una matriz de resultados.

De acuerdo con los resultados, una conclusión relevante fue que si hay un vínculo negativo entre padre e hijo desde temprana edad, esto repercutirá en la estructura de personalidad del sujeto a largo plazo evidenciando así algunos de aspectos del trastorno límite y un apego inseguro y ambivalente en el sujeto.

**Palabras clave:** Trastorno límite, estructura de personalidad, apego y vínculo

## **ABSTRACT**

This research aims to understand the relationship between borderline personality disorder and a history of attachment through discourse of a person internal on a foundation of addiction rehabilitation. Therefore it, is cualitative and is a case study is approached from a problem-focused interview with them a qualitative analysis of the content that is developed as such in a matrix of results.

In accordance with the results, a relevant conclusion was that if there is a negative linkage between father and son from an early age, this will impact on the personality structure of the subject long term thereby evidencing some aspects of BPD and insecure attachment and ambivalent in the subject.

**Keywords:** Borderline personality disorder, personality structure, attachment and linkage

## 1. PROBLEMATIZACIÓN

### 1.1. Definición del Problema:

A través del tiempo los comportamientos de las personas han sido foco de atención e interés por diversos investigadores que pertenecen a ciertas disciplinas, aportando con sus planteamientos a la construcción y consolidación de nuevas teorías, las cuales a su vez evolucionan a través del tiempo y dan respuesta a diferentes necesidades sociales.

Teniendo en cuenta lo anterior, hay investigaciones que abordan las diferentes temáticas que se desarrollan en este trabajo investigativo, desde diferentes focos de interés, es decir, el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el apego. En el caso del trastorno límite existen antecedentes que por un lado, estiman un porcentaje de que entre 10% y el 13% de las personas sufrirán este tipo de trastorno en algún momento de su vida, y además es uno de los que genera mayor deterioro en la vida de un sujeto considerando que un 70% llegarán por lo menos una vez al intento de suicidio, tal como lo menciona Escribano (2006).

Por otro lado, este mismo trastorno ha sido desarrollado en investigaciones de índole interventivo apuntándole exactamente al diagnóstico y/o tratamiento del mismo en diversos individuos de acuerdo al ciclo de vida que se encuentre, como en el caso de la investigación de Ferrer, Prat, Calvo, Andi6n y Casas (2013), quienes plantean realizar un diagnóstico y tratamiento para el TLP en la adolescencia, dado que en esta etapa de la vida hay una cantidad importante de sujetos quienes la padecen parcial o totalmente, todo esto con el fin de que en la edad adulta los tratamientos sean menos complejos y más eficaces.

Igualmente, otra investigación se encuentra dirigida al tratamiento integral en los hospitales día en los diferentes niveles asistenciales, dado que en estos sitios se encuentran los casos más graves, en los cuales están más implantados programas específicos para el TLP particular y general; todo esto partiendo de los problemas dentro del manejo clínico en este tipo de pacientes, quienes poseen características propias del trastorno que en varios momentos propician contratransferencias que son complejas de controlar por el profesional (García, Martín y Otín, 2010).

De la misma forma, New, Triebwasser y Charney (2008), le apuntaron a desarrollar un trabajo investigativo donde el TLP hiciera parte del Eje I dentro del DSM IV-TR a través de la reconceptualización teniendo en cuenta no solo la naturaleza y el tratamiento, sino también la gravedad del mismo, de manera que, además de considerar la etiología, la fenomenología y el transcurso de la enfermedad retoman conceptos erróneos o difusos que existen acerca del TLP y los cuales han contribuido a la incomprensión y estigmatización del trastorno.

Por consiguiente en investigaciones sobre la teoría del apego, Galán (2010) ilustra y analiza la clasificación de los tipos de apego, la transmisión intergeneracional de los patrones de apego y los trastornos de apego, donde además se consideran tres aspectos relevantes a clarificar, como lo son, la correcta definición, el uso en contextos aplicados, es decir, a nivel de evaluación y tratamiento, y los límites del concepto.

Mientras que Nakash-Eisikovits, Dutra, y Westen, (2002) exploran la relación entre el tipo de apego y la patología de la personalidad en una muestra clínica de adolescentes, en quienes el apego seguro se correlaciona positivamente con un funcionamiento saludable y negativamente con la patología de la personalidad, el apego desorganizado se encontró estrechamente relacionado con diversas patologías de la personalidad, el apego ansioso ambivalente se asocia a la paralización, la internalización y la introversión, y el apego evitativo no se relaciona con ningún tipo de patología de personalidad única.

De igual manera, Mosquera y González (2013), buscan reflexionar en su artículo investigativo sobre la relación de los problemas de apego, la historia de trauma y los síntomas observados en pacientes con TLP, de acuerdo a lo planteado en el DSM IV-TR y el CIE 10.

En consecuencia con las investigaciones presentadas anteriormente, es pertinente que en este ejercicio investigativo se tenga en cuenta dentro del tratamiento de las personas adictas, la revisión de sus comportamientos a la luz de la teoría del apego como un referente que permita entender la historia de apego de la persona adicta quien a su vez es sujeto de estudio.

Por tanto esta problemática es susceptible de ser estudiada, teniendo en cuenta que tanto en la fundación Aprender a Vivir como en el país o en la Universidad Santo Tomás no existen investigaciones que documenten y profundicen sobre la comprensión de las relaciones de los macro comportamientos límites al interior de las adicciones y el historial de apego.

Es así que el contexto en el que se enmarca el comportamiento límite es la conducta adictiva, debido a que es un padecimiento que afecta el componente individual, social,

emocional y familiar de la persona que lo presenta, partiendo en que este trastorno “se consideraba fronterizo entre las psicosis y las neurosis” como lo menciona O. Kernberg (2001). Consecuente a esto, la teoría del apego (Bowlby, 1950) la define como una forma natural de establecer lazos afectivos primarios con personas particulares que aparecen desde la infancia, y las adicciones que se comprenden como conductas autodestructivas con componentes obsesivos y compulsivos donde lo que se pretende es escapar del dolor emocional mediante la negación y el control (Meyrialle, s.f).

De acuerdo con lo anterior, la teoría del apego permite la comprensión de una patología de la personalidad, vislumbrando las dificultades que se presentan en las dimensiones interpersonales, que emergen de ella en la historia de vida, teniendo de referente, la adaptación social como el marco en que emergen dichas patologías.

De continuar con las líneas de tratamiento actual que se desarrollan en la institución de rehabilitación antes mencionada se perdería la posibilidad de proponer alternativas que se constituyan en medidas más productivas en la intervención y recuperación de este tipo de pacientes. Por lo tanto, este estudio busca proponer para este tipo de población nuevas comprensiones en la relación existente entre los comportamientos límites, la historia de apego de un sujeto interno, en una fundación de rehabilitación de adicciones.

Finalmente como pregunta de investigación se plantea lo siguiente, ¿Cómo se comprenden desde la teoría del apego, los comportamientos enmarcados bajo la denominación del trastorno límite de la personalidad en un sujeto que presenta problemáticas adictivas?.

## **1.2. Justificación:**

La importancia de este ejercicio investigativo radica en la relación de diferentes categorías que serán empleadas para el desarrollo del mismo, puesto que usualmente no son tenidas en cuenta para otros ejercicios de investigación sea de tipo interventivo o teórico en el país, de la misma forma, por qué a nivel teórico y disciplinar se retoman diferentes perspectivas que confluyen para abordar el fenómeno psicológico a investigar. Cabe resaltar que esta investigación es innovadora dado que no hay estudios previos a nivel nacional sobre el tema objeto de estudio, sino también lo es a nivel personal, por lo que, se va fomentando el aprendizaje y la investigación. Igualmente, con el sujeto que será el estudio de caso, puesto que para él representará una nueva comprensión de su problemática y su proceso de rehabilitación. De la misma manera, se beneficiara la institución si considera pertinente esta investigación como una propuesta diferente que contribuye con modificaciones o cambios a la línea de trabajo que aplica.

Por otra parte las implicaciones y/o aportes teóricos de esta investigación están en ampliar la visión de la problemática a tratar desde la psicología y el psicoanálisis, saliendo un poco del modelo cognitivo conductual que se desarrolla actualmente, específicamente en los centros de rehabilitación de adicciones, mostrando así opciones alternativas.

Con relación a las implicaciones prácticas, vale la pena mencionar que estas nuevas comprensiones ayudan al psicólogo en facilitar el proceso de rehabilitación porque le permitirá direccionar con mayor objetividad la aplicabilidad de la intervención.

En cuanto a los aportes metodológicos, esta investigación busca ser un documento de apoyo y de consulta para la institución, los psicólogos y practicantes, tanto por el tema que se aborda, como por la nueva perspectiva que se pretende plantear en cuanto al diagnóstico de trastornos de la personalidad.

Asimismo, la investigación pretende lograr constituirse como estudio piloto el cual además es innovador, en el campo de formación integral: Psicología, familia y escenarios de cambio, como a la vez en la línea Apego, vínculos y relaciones en construcción de subjetividades; puesto que además de comprender la relación entre el trastorno límite teniendo en cuenta el historial de apego de un sujeto adicto, permitirá generar nuevos proyectos que se encuentren ligados a estos tipos de temática y/o intereses.

Finalmente, este estudio es viable porque para su desarrollo se contará con el recurso físico propicio como las instalaciones; el humano, con el apoyo del psicólogo tratante del sujeto y la investigadora, lo que garantizará el desarrollo eficaz, ético y profesional del estudio

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo General:

Comprender la relación existente entre los comportamientos límites a y el historial de apego de una persona interna en una fundación de rehabilitación de adicciones

### 2.2. Objetivos Específicos:

Analizar el tipo de apego que presenta el sujeto adicto desde su historia personal y familiar, con el fin de que el psicólogo tratante identifique las adicciones y los trastornos de personalidad.

Identificar conductas impulsivas y de agresividad como componentes que caracterizan el comportamiento límite del adicto interno en la fundación aprender a vivir.

Establecer la existencia de conductas sexuales y de labilidad emocional como factores inmersos en el desarrollo de la personalidad del sujeto adicto.

Reconocer los elementos de interés que tiene el comportamiento límite frente al desarrollo de las adicciones con el fin de que se identifiquen las relaciones en el historial de apego.

### 3. MARCO DE REFERENCIA

#### 3.1. Marco Epistemológico y Paradigmático:

El objeto de estudio del psicoanálisis es variado según la escuela psicoanalítica que se aborde, tal y como lo plantea García de la Hoz (2001), quien además argumenta que para Freud el objeto de estudio es lo inconsciente, entendido como un material incognoscible para el individuo y que deviene o irrumpe en diferentes formas en la vida psicológica del ser humano; una de esas formas puede ser patológica. Ahora bien, Freud quería que el psicoanálisis fuera una ciencia natural acorde a su formación como neurofisiólogo, evidentemente Freud no era epistemólogo, lo que ha hecho que el positivismo critique dichas intenciones freudianas de la época.

Pero el psicoanálisis tiene varias escuelas al interior del mismo, y acorde a las intenciones de esta investigación, sería pertinente enunciar el objeto de estudio de una de dichas escuelas que ayudará a entender el fenómeno de las adicciones y su relación con el apego, se trata de la teoría de las relaciones objetales. Dicha teoría o escuela psicoanalítica tiene por objeto de estudio las relaciones que un individuo tiene con el mundo externo, los objetos, y la manera en la que dichas relaciones configuran la subjetividad de manera histórica e inconsciente. Es así, como la teoría de las relaciones objetales no le interesa verse incluida dentro de las ciencias naturales, sino que tiene en cuenta la manera en la que un sujeto ha construido su propia subjetividad aludiendo a las relaciones objetales y la forma en la que narra las mismas, supuesto que evidentemente está de la mano con las lógicas hermenéuticas y no con las de orden positivista.

Sin embargo, a pesar de la claridad anterior, aún en el psicoanálisis existe una pugna por ser ubicado al mismo ya sea en el terreno del positivismo o en el terreno de las ciencias histórico hermenéuticas, Klimovsky (1986) por su parte llevó a cabo un estudio sobre la relación del psicoanálisis con el positivismo tradicional, la hermenéutica y las cuestiones ideológicas, teniendo como fin defender la científicidad del psicoanálisis y analizando a su vez las propias falencias epistemológicas.

Inicialmente, la hermenéutica y el psicoanálisis, poseen un punto central en común desde tiempos atrás, la interpretación. En la primera, desde los inicios se encontraba relacionada con la interpretación de textos sagrados y en la segunda la interpretación se fue considerando como una herramienta fundamental. La palabra Hermenéutica como tal, viene del griego *hermeneuien*, lo cual significa “enunciar un pensamiento, así como también descifrar o traducir un mensaje” (Ricoeur, 2002). Igualmente, esta palabra guarda relación etimológica con la figura mitológica griega del dios Hermes, quien era el encargado de transmitir los mensajes divinos de los otros dioses a los hombres (Zabala, 2007).

Más adelante para Dilthey (1833-1911 citado en Bleichmar y Bleichmar 1997) la hermenéutica, es el fundamento metodológico de las ciencias humanas no naturales. Continuando con los planteamientos de Dilthey, Ferrater (1965) plantea que “la hermenéutica es un método que permite fundamentar la validez universal de la interpretación, basada en un previo conocimiento de los datos que se tratan de comprender”, además aduce que “la hermenéutica permite pasar de los signos a las vivencias originarias que les dieron nacimiento”. Posteriormente, este tipo de hermenéutica dará un giro, cuando Heidegger quien es uno de los

padres de este concepto del siglo XX, plantea que “el comprender deja de ser un modo de conocimiento y se transforma en un modo de ser en el mundo anterior a cualquier forma de conocer” (Ricoeur, 2003<sup>a</sup>); esto quiere decir, que la interpretación se transforma en una ontología de la comprensión, este argumento es apoyado por Ricoeur en 1965, quién plantea que en cierto punto reconoce una “precomprensión” del ser, pero a la vez se cuestiona que el acto comprensivo de la inmediatez ontológica en cualquier forma se vea reducido (Zabala, 2007).

Igualmente, el concepto de hermenéutica entra a ser revisado dentro del psicoanálisis, en cuanto a la relación del uno y del otro; uno de los autores quien inicia esta investigación es Beuchot en 1984, el cual menciona que “la hermenéutica complementa al psicoanálisis, y se puede aplicar a él a condición de volcarse sobre los símbolos y el trabajo que sobre estos hace el psicoanálisis mismo. En su labor de desentrañar su sentido y en su intento de estructurarse como disciplina, el psicoanálisis recibe el beneficio de la hermenéutica, sobre todo de manera epistemológica. Es una aportación epistemológica la que le viene de la hermenéutica por la crítica de sí mismo que hace el psicoanálisis, pero también porque le aclara los requisitos del desciframiento de los contenidos mentales más profundos.” (Bleichmar y Bleichmar 1997). Otro de los autores que también ha trabajado el concepto de hermenéutica y psicoanálisis, ha sido Ricoeur desde 1965, pues plantea que el psicoanálisis se puede considerar una disciplina interpretativa o hermenéutica, esto se puede apoyar en que “el psicoanálisis no es una ciencia de observación, sino es una interpretación más comparable a la historia” (Fernández, 1999).

Es así como también, la hermenéutica psicoanalítica como lo mencionan Barranco et al. (2005), se interesa por cambiar una información manifiesta, la cual esta deformada, alterada,

censurada y oscurecida, engañando así al mismo sujeto. Este proceso de transformación lo realiza el psicoanalista, teniendo en cuenta determinantes inconscientes que participan en el comportamiento, de manera que en este proceso se ve la relevancia de la interpretación, en la técnica y en el método. Teniendo en cuenta lo anterior, el campo hermenéutico se considera como sospechoso, ya que se basa especialmente en la subjetividad del analista y en la experiencia de su análisis propio; partiendo de esto, se considera la revisión del análisis de los materiales clínicos que se van realizando durante la sesión o la terapia, Garzón (2011).

Por otra parte, retomando el psicoanálisis como tal, se rescatan tres áreas ó zonas, la externa donde se separan los fenómenos de la teoría y se empiezan a ver desde diferentes puntos de vista, en la interna se ubican los problemas propios del psicoanálisis, en el que por una parte se encuentran ideas psiquiátricas y psicológicas y por la otra problemas epistemológicos desde lo que planteo Freud. En la última zona, están aquellos que buscan desarrollar continuamente tanto la teoría como la clínica y hasta la búsqueda de la coherencia interna, Bleichmar y Bleichmar (1997). Asimismo, Fonagy (1982 citado por Bleichmar y Bleichmar, 1997) expone que “el psicoanálisis construye metáforas y modelos, pero su verificación está reservada a otras disciplinas”, mientras Waelder (1960) plantea dentro del psicoanálisis afirmaciones y significaciones de niveles variables, sin embargo Kolteniuk (1976) argumenta capacidades desde lo hipotético – deductivo de Hempel en cuanto a lo explicativo y predictivo que se puede encontrar en el psicoanálisis de acuerdo a las formulaciones que se realizan en el contexto clínico.

Entre tanto, el psicoanálisis ha recibido fuertes críticas desde el positivismo, en cuanto a la forma de teorizar, y la definición de términos pues tiene el interés de que no caiga en un pensamiento analógico y antropomórfico, asimismo se le ha considerado una pseudociencia y se le sitúan entre las humanidades; estas críticas surgieron principalmente en un encuentro interdisciplinario entre filósofos, científicos y psicoanalistas que organizó el departamento de filosofía de la universidad de New York en 1958. En concordancia con estos comentarios, Fonagy (1982), estudio los cuatro pasos que los psicoanalistas han tratado de llevar a cabo para sustentar la validación empírica, los cuales son: estudios sobre la eficiencia terapéutica, verificación de las hipótesis dentro de la sesión, la observación directa del desarrollo, y los estudios experimentales que validen las principales concepciones.

De modo que, algunos autores mencionan que no están de acuerdo con las objeciones que tiene el positivismo hacia el psicoanálisis, pero que esto de alguna forma hace que se convierta en algo útil ya que como bien lo menciona Yañez (1978), eso se convierte en un “guardián epistemológico”, dado que preserva la científicidad y evita el irracionalismo de reconocer cualquier teoría.

Por otro lado, se abordará la Teoría del Apego, donde su precursor Bowlby (1980<sup>a</sup>), argumenta que su teoría llega a considerarse como un paradigma nuevo, dado que integran nociones de la etiología y de la teoría el control, por lo tanto se hace posible una relación con la psicología constructivista. Igualmente, se tienen en cuenta la naturaleza de los conceptos psicológicos, donde a su vez podrían combinar con los de neurofisiología y la psicología

evolutiva. Según Bowlby (1980<sup>a</sup>), “los conceptos del paradigma...responden a las exigencias ordinarias de una disciplina científica”.

En consecuencia, como lo menciona Fernández (2002), Bowlby va desarrollando una serie de trabajos que posteriormente van dando una síntesis de lo que será la teoría del apego como tal, y asimismo se pueden interpretar los principios de la misma, en donde se argumenta que, los sujetos desde su nacimiento van desarrollando una vinculación intensa y constante hacia una única persona o cuidador primario, en el momento en que haya una separación de esta figura de apego en el niño se van presentando una serie de comportamientos observables que están cargados afectivamente y siguen un patrón de conducta constante, el cual tiene tres etapas características que se van ejecutando a medida que perdura más la separación, en un primer momento aparece lo que se llamaría protesta por parte del niño, luego desesperanza, si la separación continua y por último, desapego, si la separación es demasiado larga. Esta serie de conductas, manifiestan una necesidad primaria de apego, que no se basa en una necesidad básica, como lo sería la alimentación, llegando así a negar un concepto de la teoría del apuntalamiento.

Cabe mencionar, que las conductas de apego permanecen en el tiempo, activándose ante situaciones que amenazan pérdida o pérdida real; a su vez, estas conductas tienen como finalidad dos objetivos, primero mantener una cercanía con la figura de apego y segundo como un mecanismo de supervivencia, cabe mencionar que al desarrollar estas conductas se mantuvieron al concepto de selección natural de Darwin.

## **3.2. Marco Disciplinar:**

### *3.2.1. Historia del Apego*

En 1944 John Bowlby comienza a desarrollar una serie de planteamientos los cuales partían de un estudio que él realizó y tenía como base una biografía de 44 ladrones juveniles; en este encontró, que los vínculos primarios distorsionados llegan a ser un punto fundamental para que se origine posteriormente en una persona una enfermedad mental tal como lo mencionan Fonagy y Mendiola (2001). Estos mismos autores plantean que posteriormente, Bowlby desarrollo una investigación sobre las consecuencias que tiene la institucionalización en el desarrollo psicológico de los niños y encontró que los infantes que habían tenido un aislamiento total de sus figuras primarias desarrollaban los mismos comportamientos que los ladrones juveniles.

Bowlby en 1950 plantea una hipótesis sobre el apego temprano el cual define como “un comportamiento innato en los primates y en particular en los seres humanos” (Peter, 2008, P. 27). Complementando, este comportamiento innato se puede decir que es la relación que se establece entre los niños de pecho y su figura primaria y tiene como interés aumentar las posibilidades de protección y supervivencia tal como lo menciona Peter (2008). Luego como menciona Fernández (2002), Bowlby realiza una presentación de dos de los tres trabajos que desarrolló, los cuales llevaban por nombre, “la naturaleza del vinculo entre el niño y su madre”, “Angustia y Separación” y “tristeza y duelo en la infancia”, los dos primeros en fechas diferentes fueron presentados ante la Sociedad Británica y el último en 1960 fue publicado en

*Psychanalytical study of the child*. Los tres trabajos mencionados anteriormente, llegaron a ser la pauta de inicio de los tres libros principales que el autor realizó y publicó sobre Apego y Pérdida entre 1969 y 1980; el primero de ellos es una descripción que él realiza sobre el apego netamente conductual, donde en ausencia del cuidador aparece una necesidad y cuando reaparece físicamente esta la necesidad desaparece. En el segundo libro, plantea que el objetivo del apego es conservar al cuidador disponible y receptivo; Finalmente en el tercer libro, habla de las experiencias que tiene el niño con su cuidador, las cuales están mediadas por procesos cognitivos y a su vez dan lugar a una serie de modelos que Craik denominó en 1943 los Modelos de Funcionamiento Interno, tal como lo mencionan Fonagy y Mendiola (2001).

Los planteamientos que realiza Bowlby en sus obras, tienen como base la segunda teoría de la angustia de Freud (Fernández, 2002). Posteriormente, Bowlby (1990) define el apego, como la necesidad de contar con una figura superior de cuidado, quien brinde protección y bienestar, y en donde se encuentre refugio cuando se presenta una situación de peligro que despierte ansiedades primarias en el proceso de exploración que se realiza día tras día; asimismo, plantea que si esta figura de cuidado se separa del niño, en él se generan cuadros de ansiedad como resultado ante una hipotética pérdida que conlleva a la tristeza, ira o rabia como respuesta, pero que al mantener esta relación constante se fomenta en el niño una habilidad para tolerar sus propios sentimientos.

Luego Ainsworth (1969) señala que las diadas que se presentan entre madre e hijo llegan a evidenciar diferencias en cuanto a la calidad de sus propias relaciones de apego, las cuales son posibles de medir y clasificar, además, argumentó que en los primeros años de vida del niño la

conducta de la madre llega a ser un buen predictor en cuanto al tipo de relación que se va a establecer entre los dos. Asimismo, Ainsworth y Bell en 1970, llevaron a cabo una situación experimental denominada, la situación del extraño, en donde se encontraron tres patrones generales del apego: seguro, angustiado o ambivalente y angustiado evitante. Posteriormente, a estos patrones se les agregaría uno más, apego desorganizado o desorientado (Main y Solomon, 1990).

El apego seguro es cuando el niño reacciona ante la ausencia de su madre quien acaba de salir de la habitación, es decir, la conducta exploratoria disminuye en él y se muestra además afectado por tal hecho, luego cuando ella vuelve, él se alegra y se aproxima buscando contacto físico durante un corto tiempo para así posteriormente continuar con su conducta exploratoria (Peter, 2008). El apego Angustiado o Ambivalente, se presenta cuando la ausencia de la madre está por darse o ya se dio completamente, por lo tanto, el niño se muestra angustiado o controlado por lo cual no hay mucha conducta de exploración a los juguetes. Cuando la madre regresa, el niño reconsidera de nuevo su acercamiento dado que se encuentra inseguro pero aún y así se aferra a su madre, así pues que evidencia irritación, resistencia al contacto y búsqueda de su cuidador (Peter, 2008).

El apego angustiado evitante, es donde el niño no muestra reacción alguna ante la ausencia o presencia de su madre, por lo que su conducta exploratoria con los juguetes no se altera sino sigue su curso, y al volver su madre la ignora por completo (Berger, 2004).

Y el apego desorientado desorganizado, el niño no tiene una reacción coherente ante la presencia o ausencia de su madre, de tal forma que llega a presentar comportamientos variables, es decir, puede quedarse quieto, puede golpear, gritar, llorar, etc. (Berger, 2004).

### 3.2.2. *Postulados Teoría del Apego*

A través del tiempo, dentro de la teoría del apego se han ido realizando diversos planteamientos de acuerdo a perspectivas que han ido involucrando diferentes disciplinas, como se abordará a continuación:

Freud (1938) observó y argumentó que la zona erógena que prima por encima de las otras en los bebés es la oral y en ella se juegan las primeras relaciones objetales del individuo, obteniendo placer al llevarse objetos a la boca, así pues, como este placer experimentado al inicio de sus vidas está mediado por la relación con la madre, consideró que ellas se pueden catalogar como ese objeto primario de seguridad y afecto para los bebés. Esta postura fue apoyada por Erik Erikson (1950), quien además planteó que la alimentación del bebé en sí no es lo importante, sino que en ella prima la sensibilidad que la madre siente al saciar las necesidades de su hijo, fomentando la sensación de confianza en el mismo dada por la constancia y la desconfianza dada por la disminución de la presencia y de los cuidados.

Anna Freud (s.f. citada por Fernández, 2002), al precisar su posición teórica sin dejar de lado el postulado de apuntalamiento, coloca dentro del concepto de líneas de desarrollo, la angustia de separación, es decir, la unidad biológica madre –bebé de tal forma que esta se sitúe

dentro de las angustias primitivas de aniquilación y la angustia de pérdida del objeto que pertenece a la constancia objetal.

Teniendo en cuenta lo anterior y lo que postula Shaffer (2000), en la teoría del aprendizaje teóricos comparten la importancia que tiene la alimentación y la satisfacción de necesidades en el desarrollo del apego, consideran que los elementos que intervienen en la alimentación desempeñan un papel fundamental, puesto que generan en el bebé respuestas favorables que fomentan el afecto dirigido al cuidador, y con ello lleva a asociar a la madre con sensaciones de placer, agrado y como fuente de bienestar dado que es quién ella provee comodidades, por tanto a esta situación se le nomina como reforzador secundario.

Asimismo, como unos estuvieron de acuerdo con esta postura hubo otros que estuvieron en contra ya que afirman que el objeto primario del bebe no es siempre esa persona que sacia sus necesidades y tampoco es aquella que les proporciona vivencias de placer o gratificación, sino por el contrario es la sensibilidad que tienen las madres con el comportamiento de sus hijos y ligado a esto la cantidad de veces que repiten la estimulación (Shaffer, 2000).

Desde la perspectiva etiológica, Bowlby emprendió su búsqueda en este ámbito en el momento en que no había una total satisfacción con lo que plateaban el psicoanálisis y la teoría de aprendizaje social sobre las conclusiones teóricas que había arrojado su investigación, por lo tanto retomo los aportes de Konrad Lorenz que en relación a la relación materno-infantil encontró descripciones sobre la angustia de separación y la búsqueda de proximidad que se presentaban en ciertas aves, como también que sin la gratificación oral se puede establecer un vinculo social

fuerte, como lo menciona Ávila (2002). Este acercamiento a la etiología le permitió a Bowlby “la oportunidad que buscaba para intentar colocar el psicoanálisis sobre una base científica sólida” (Ainsworth y Bowlby, 1991; Bretherton, 1994; Holmes, 1993 citado por Ávila 2002)

Desde la teoría cognoscitiva, como lo menciona Shaffer (2000) el apego está relacionado con el nivel intelectual que posea el bebe, donde él debe aprender a discriminar entre familia y extraños para así poder constituir como tal el apego. La importancia de la discriminación radica en la permanencia de objeto por lo que sería complicado mantener una relación dinámica y correspondida con alguien que no se encuentra siempre presente sino más bien es un extraño. Y finalmente. Bowlby (1973) en su momento argumenta que los comportamientos que se desarrollan durante la construcción de apego están específicamente esbozados para crear apego entre el bebe y su cuidador, es así que el apego tiene una función adaptativa en donde se protege al bebe de las amenazas que puedan haber y a la vez se van satisfaciendo las necesidades que esté presente.

### *3.2.3. Apego, personalidad y adicciones*

En el apego encontramos factores que se encuentran relacionados a la estructura de la personalidad, ejemplo de ello, la vinculación que se va estableciendo a temprana edad y la cual permanece en el tiempo, permitiendo así la aparición de los primeros sentimientos positivos, tales como, seguridad, afecto y confianza, además de la aparición de sentimientos negativos, como, inseguridad, abandono y miedo como menciona Sanchis (2008). Es decir, que la relación afectiva que se generó entre los cuidadores primarios y el bebe es la base tanto de los sentimientos de

seguridad como de inseguridad, los cuales contribuyen a que se genere una vinculación de buena o mala calidad (Lafuente, 2000). También se encuentra la mentalización planteada por Bateman y Fonagy (2006), la cual consiste en la integración de dos modos primitivos (simulación y equivalencia psíquica) de percibir el mundo interno, en otras palabras, de poder pensarse a sí mismo. Cabe aclarar, que cuando se habla de equivalencia psíquica, se refiere a que lo que se encuentra fuera de él (el mundo material) debe ser equivalente a lo que existe en su mente, y la simulación es un complemento de esa equivalencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, el apego (Bowlby citado en Bourbeau, et al., 1998) se desarrolla como un modelo mental interno en el cual se integran creencias de sí mismo, otros y la sociedad en general, y además juicios que tienen que ver con la formación y mantenimiento de relaciones íntimas durante la vida de una persona; es decir, el apego es la base del desarrollo y de socialización de un individuo a futuro.

Por otro lado para iniciar, cabe exponer algunas de las definiciones de la palabra – Personalidad- la cual en un principio viene del griego máscara que tenía por nombre “prosopon”, y esta era la que empleaban los actores griegos al representar un personaje. Posteriormente con el tiempo, Allport (1963, citado por Riquelme 2003) puntualizó que la personalidad es “...la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos...” (p.45). Seguido a esto, Porot (1967 citado por Murillo, 2003) plantea que “...la personalidad constituye la síntesis de todos los elementos que intervienen en la formación mental de un sujeto y le dan una fisonomía propia.” (p 29), en ese establecimiento median aspectos instintivos y afectivos que dejan las experiencias previas vividas

por cada uno. En último, se puede entender la personalidad como un conjunto de características psicológicas, de rasgos emocionales y conductuales, que se encuentran modulados por el entorno social y de ciertas formas condicionadas biológicamente (Riquelme, 2013).

Igualmente, las adicciones son comprendidas como aquellos comportamientos adictivos donde, la persona no tiene el control sobre esas conductas y además estas le generan dependencia física y psíquica, y a su vez tolerancia, síndrome de abstinencia e incidencias negativas en las áreas de ajuste tales como, familiar, social, laboral, académico, emocional y sexual (Becoña y Cortés, 2011). Por tanto, el comportamiento adictivo tiene que ver con la compulsión y la dependencia, donde la primera tiene que ver con el esfuerzo que se hace al evadir sensaciones cargadas de dolor, y la segunda en la obtención motivada de sentimientos gratos (Díaz, 2007 citado por Pérez Del Río y Martín, 2007). Es relevante mencionar que la historia de las adicciones ha ido de la mano con el consumo de cigarrillo, de alcohol, de fumar marihuana y otras sustancias, además del consumo de objetos tecnológicos; asimismo se debe tener en cuenta los daños que producen estos a largo, mediano y corto plazo en la salud de cada uno.

#### *3.2.4. Relación de tres*

Como se ha mencionado anteriormente, la teoría del apego no se encuentra ligada ni a la psicología ni al psicoanálisis, como tampoco, el psicoanálisis es parte de la psicología. Teniendo esto como preámbulo, y retomando uno de los apartados de la conferencia pronunciada por Freud en el colegio de médicos de Viena sobre psicoterapia 1904 (1905), se expondrá de alguna forma la diferencia y relación entre psicología, psicoanálisis y teoría del apego.

Freud en su conferencia habla sobre la máxima oposición posible que resumió Leonardo da Vinci, de acuerdo a las formulas “per via di porre” y “per via di levare” en las artes; la primera, tiene que ver con la pintura, dado que se trabaja sobre un lienzo en blanco donde se depositan gran variedad de colores donde no habían estado antes, y la segunda, está relacionada con la escultura, ya que se retira de la piedra toda aquella masa que la recubre de tal forma que se va moldeando.

En este sentido, la psicología estaría en “per via di porre” puesto que a la persona se le van agregando cosas sin importar como tal la base de los síntomas, la fuerza o la significación de los mismos. Y en “per via di levare”, el psicoanálisis dado que el interés de este se encuentra en restar o retirar y además de enfocarse en el origen de los síntomas. Asimismo al pensar en un punto de encuentro entre la psicología y el psicoanálisis, nos remontamos a la práctica donde se puede encontrar en una herramienta esencial: la palabra. “La palabra es la principal mediadora del influjo que un hombre pretende ejercer sobre el psiquismo de otro...” (Bernal, 2008, p. 1).

Finalmente, al encontrar una relación de tres (psicología, psicoanálisis y teoría del apego) tenemos en cuenta el planteamiento de Freud sobre “per via di porre” y “per via levare”, siendo la psicología – la pintura- , el psicoanálisis –la escultura- y la teoría del apego sería – el paisaje- que se está tomando para ser plasmado sea en el lienzo o en la piedra según como el artista mejor prefiera y considere que se acoja a su estilo personal.

### 3.3. Psicopatología Límite

Para iniciar, el término psicopatología hace referencia a un grupo de anomalías o desordenes mentales en donde se encuentran incluidas causas, consecuencias y métodos con propósitos como lo menciona Delgado (1955 citado por Murillo, 2003). Igualmente Murillo (2003) menciona que la psicopatología tiene por objetivo y fin, primero "...el saber desinteresado acerca de todas las manifestaciones y modos de ser de la vida psíquica que desbordan los límites de la psicología normal..." (p. 25). Y segundo está en poseer el conocimiento acerca de las experiencias y los comportamientos como aquellos fenómenos que pueden llegar a ser expuestos en conceptos o principios generales.

Consecuente con lo anterior, la psicopatología se encuentra encaminada al estudio de las alteraciones mentales, tales como, conciencia, orientación, percepción, memoria, curso y contenido del pensamiento, afectividad, instintos, psicomotilidad e inteligencia (Téllez, 1970 citado por Murillo, 2003). De acuerdo con lo que se plantea anteriormente, la alteración o a la normal actividad de esas funciones puede que una persona llegue a ser normal, neurótico, psicopático o psicótico (Murillo, 2003).

Asimismo, se puede decir que la psicopatología se encuentra ligada más a la psiquiatría puesto que la primera es la fundamentación científica de la segunda, es decir, que la psicopatología es la base de la psiquiatría, tal como lo mencionan Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena (2006); Y de esta misma forma los autores también mencionan que la relación

existente entre la psicología y la psicopatología radica en que, la psicología estudia los trastornos mentales de forma individual a partir de las leyes que arroja la psicopatología.

Por lo tanto como se ha visto anteriormente, la psicopatología como puede hacer parte de la psiquiatría también tiene relación con la psicología, no solo de forma unidireccional sino que puede llegar a ser bidireccional, ya que la está puede hacerle aportes muy significativos en cuanto a trastornos de personalidad se refiere. De igual manera cabe mencionar que la psicopatología tiene que ver con el objeto de estudio de la presente investigación, como mencionan Jarne., et al. (2006) “La psicopatología comparte con otras ciencias su interés por comprender la conducta humana; la diferencia con otras disciplinas radica en su interés en la naturaleza y las causas de la conducta anormal o psicopatológica...” (p, 15). Con esto se quiere dar a entender que esta investigación al igual que la psicopatología tiene un interés por comprender una –conducta humana-, como lo es la adicción enmarcada dentro del trastorno límite; y la diferencia se encuentra en la naturaleza o las causas que en este caso es el historial de apego del sujeto.

### 3.3.1. *¿Una clasificación límite? ó ¿Un comportamiento límite?*

Inicialmente se debe tener en cuenta que como lo menciona O. Kernberg (2001) la personalidad límite tiene comportamientos concretos observables los cuales pueden dar pistas de una determinada personalidad como también lo puede dar de otra, es decir, rasgos que se encuentren establecidos para un trastorno histriónico también pueden ser validos para diagnosticar un trastorno límite.

Para ahondar un poco más se traerá a colación, la personalidad límite o borderline que se encuentra dentro de la patología del carácter grave anteriormente abordada, y además ha sido tratada de tres formas en la literatura, la primera es el modo estrecho o restringido, la segunda el modo amplio y la tercera el modo intermedio. En cuanto a la primera, hace referencia a una categoría específica de personalidad que se encuentra en el DSM-IV-TR, de características descriptivas y que a su vez en el psicoanálisis se llega a conocer como personalidad infantil, histriónica o histeroide.

En la segunda, el criterio más amplio tiene que ver con pacientes difíciles, respectivamente con aquellos que presentan regresiones graves en la transferencia, conflictos dinámicos en las etapas genital, oral, anal y con origen muy temprano en cierta fase del desarrollo de tipo psicoanalítico, específicamente en el periodo de separación- individuación en la fase de reaproximación planteado por Margaret Mahler.

De estos dos primeros, es donde se puede tener una visión un poco más amplia sobre si es un comportamiento o una clasificación ya que O. Kernberg (2001), plantea las ventajas y desventajas en cada ámbito; de acuerdo al ámbito restringido, la ventaja está en que la clasificación se llega a dar teniendo en cuenta el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), puesto que es algo de revisar si se cumplen las características o criterios de una página en un paciente. La desventaja se encuentra en que se restringe de alguna forma la visión que se tiene del paciente, ya que se llegan a conclusiones de gravedad sin que esté no se encuentre del todo dentro de las características o criterios establecidos para esa situación. En el ámbito amplio, la ventaja está en las contribuciones que han realizado investigadores de acuerdo a las experiencias

psicoterapéuticas que se han tenido en el consultorio, permitiendo así que los autores con diferentes perspectivas teóricas se lleguen a entender entre sí. La desventaja es que por la misma amplitud es vago y no tiene validez para un diagnóstico como tampoco para una investigación de índole científico.

Por otro lado el tercer modo, el intermedio, además denominado como organización limítrofe de la personalidad, donde se encuentran definidas todas las patologías de carácter grave y que a su vez permite diferenciar las graves de las no graves y por tanto tienen validez de pronóstico y terapéutico (O. Kernberg, 2001).

Asimismo, se puede clasificar la patología del carácter en tres niveles: nivel neurótico (el más leve), nivel limítrofe (uno de los más graves) y nivel psicótico (el más grave, es decir, las realmente psicóticas). Esta clasificación al igual que los modos anteriores tiene su ventaja en que permite la inmediatez al momento de clasificar un paciente con patología del carácter leve o severa, o de definir una psicosis atípica, es decir, permite el diagnóstico diferencial. Y la desventaja está en la complejidad al momento de emplearlo puesto que necesita más experticia clínica, además, no es lo suficiente para clasificar a una persona puesto que éste se puede encontrar en solo uno de los tres grupos (O. Kernberg, 2001).

### *3.3.2. El problema científico de las clasificaciones*

Desde hace mucho tiempo se ha planteado el problema de cómo clasificar, específicamente, cómo clasificar las patologías del carácter; conociéndose estas como un

conjunto de rasgos patológicos, donde el individuo se encuentra limitado en algún aspecto de relación con sí mismo y con quienes le rodean, es decir, si en algún momento estos rasgos se convierten en crónicos, de tal forma, que afecta el bienestar del individuo y la relación con los otros, a esto es a lo que se llama como tal patología de carácter (Kernberg, 1988).

Al clasificar las patologías del carácter, se plantean dos formas, una es la clasificación categórica y la otra es la clasificación de tipo dimensional. La clasificación categórica, refiere a categorías típicas de rasgos patológicos que se llegan a combinar. En cuanto a la clasificación de tipo dimensional, se trata de establecer varias dimensiones generales del comportamiento y clasificar la patología de carácter dentro de esta red dimensional. Cabe mencionar que, no se puede evitar las dimensiones al clasificar las patologías de carácter. Según menciona O. Kernberg (2001) “Vale la pena que clasifiquemos las patologías de carácter usando tanto dimensiones categóricas, es decir, estableciendo aquellas categorías sobre las cuales tenemos más experiencia (conocimiento clínico) –las montañas-, pero conectando esas montañas entre sí en forma de cadenas montañosas, donde sabemos que hay tales conexiones internas. Estar combinando entonces, criterios categóricos y dimensionales.”. Por lo tanto, lo que él pretendía proponer es que a partir de la experiencia que se iba adquiriendo se fuera a la vez haciendo conexiones, como una especie de red donde una cosa va llevando a la otra sin dejar de lado aspectos clínicos relevantes que al momento de la pesca también interese lo que se encuentre en su interior.

Este mismo autor, apporto otra dimensión, la dimensión de gravedad, la cual está enfocada en que el trato a las patologías del carácter no sea como si fueran iguales, sino que por el contrario, se clasifiquen en términos de gravedad. Gravedad entendida como aquella

desorganización que se genera en la mayoría de los sujetos, es decir, en cuanto a sintomatología grave se refiere.

Finalmente, O. Kernberg (2001), lo que expone es, clasificar las patologías de carácter empleando los aspectos dimensionales, categóricos y de gravedad. En la práctica como tal, se inicia con el criterio de gravedad que va de la mano con el aspecto dimensional y categórico. Asimismo, él propone clasificar la patología del carácter simple, entre el carácter parcialmente más leve y grave. Cabe aclarar que cuando se menciona el carácter parcialmente más leve corresponde a que no tienen la misma magnitud que la grave, pero así mismo son igualmente de importantes; y la patología de carácter grave hace referencia a la patología límite o borderline.

### *3.3.3 Lo límite y lo adictivo*

De acuerdo con lo que se ha planteado sobre estos dos aspectos en otros apartados, la adicción tiene un componente de dependencia o abuso sea a sustancias o sea de índole conductual, por tanto en estos casos se habla generalmente de tolerancia y síndrome de abstinencia, sea con sustancia o sin ella. En el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) la dependencia a una sustancia se define como “Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más síntomas... durante un período continuado de 12 meses.” (p, 186). Y el abuso “Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) síntomas.” (p, 188).

Lo adictivo, se llega a encontrar en lo que se está consignado en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) como trastornos relacionados con sustancias, ya que estos incluyen trastornos relacionados con abuso de ingesta de una droga, donde también está incluido el alcohol. Asimismo, el trastorno relacionado con sustancias tiene una subdivisión: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y Abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

Asimismo, Gossop (1989 citado por Becoña y Cortés, 2011), planteó aspectos particulares de la adicción sin tener en cuenta como tal lo psiquiátrico.

1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo (p. 16).

Por otro lado, lo límite se puede definir en un principio como una enfermedad mental en la cual intervienen componentes psicológicos y clínico relevantes como lo son, el estado de ánimo, el comportamiento y relaciones inestables, es decir, que las personas que lo presentan tienen un inestable del sentido del yo, altos niveles de impulsividad e inestabilidad afectiva elevada tal como lo mencionan Jiménez, Pérez, Rivera, Medina, Munuera y Sánchez (2010).

Es un trastorno que como lo menciona Riquelme (2003), hay una predisposición significativa a comportarse de manera impulsiva sin prever sus consecuencias, también hay inestabilidad en el ánimo siendo este caprichoso, fluctuación con respecto vivencia de la imagen propia, de las relaciones interpersonales y el estado de ánimo. Igualmente, se evidencia una considerable alteración de la identidad que es visible ante la incertidumbre de temas trascendentales, tales como, orientación sexual y objetivos personales a largo plazo, lo que conllevan a sentir vacío y aburrimiento. Llegan a tener manifestaciones explosivas y/o violentas al momento de ser criticados o ser frustrados en actos impulsivos. La inestabilidad emocional y el no tener control de impulsos, es decir, autolesiones, explosiones de violencia, comportamiento amenazante y a la vez chantajista, imagen personal afectada y conducta alimenticia alterada con llevan a relaciones intensas e inestables con intentos y amenazas de suicidio. Las relaciones interpersonales van de la idealización a la devaluación, siendo frecuente el abuso de sustancias psicoactivas como una forma de aislarse.

Otros criterios que se tienen en cuenta para el trastorno límite desde el planteamiento de Kernberg (1988) son: la identificación proyectiva, que consiste en ver o proyectar en un otro cercano algo que no se tolera de sí mismo y además se encuentra reprimido, y la difusión de

identidad o escisión donde no hay continuidad del concepto del sí mismo histórica como tampoco hay una continuidad e integración del concepto de personas relevantes en la vida de la persona.

#### 4. MARCO INTERDISCIPLINAR:

##### 4.1. Lo límite y lo psiquiátrico

En cuanto a la psiquiátrico en el trastorno límite, se puede encontrar en el DSM-IV-TR, como “un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos”; los criterios diagnósticos que se emplean para el trastorno límite de la personalidad son:

- (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- (2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- (4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

- (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- (6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- (7) sentimientos crónicos de vacío.
- (8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- (9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Por otro lado, teniendo en cuenta lo que se expuso de Gossop (1989 citado por Becoña y Cortés, 2011), de los aspectos particulares de la adicción planteada anteriormente, se puede observar que existe una estrecha relación con los criterios que se encuentran en el DSM-IV-TR en cuanto al trastorno límite que se refiere en este apartado.

## **4.2 Historia de lo límite**

En la historia del trastorno límite es pertinente señalar dos aspectos, el primero tiene que ver con la existencia de múltiples textos sobre aquellos síndromes que como tal no llevan la etiqueta de límite, sino que tienen aspectos clínicos afines. El segundo, se refiere a la variedad de términos y puntos en contra sobre las características esenciales de lo límite, por lo que dependiendo de las diversas perspectivas teóricas se llegará a estudiar de forma diferente (Perry y Klerman, 1978 citados por Caballo y Camacho, 2000).

El concepto de límite más relevante como tal, fue planteado por Stone en 1938, sin embargo antes de este Bonet en 1964 reúne en un solo síndrome lo que es la impulsividad y los estados de ánimo lábiles. Asimismo es importante mencionar el aporte que hizo Kraepelin en 1921, quién agrupa los principales criterios diagnósticos del TLP, tales como, impulsividad, inestabilidad de la afectividad y de las relaciones interpersonales, ira intensa e inapropiada y actos autolesivos (Caballo y Camacho, 2000).

Posteriormente, se llegó a realizar descripciones de las manifestaciones clínicas del paciente límite, como por ejemplo, Kretschmer en 1925 estimó que lo límite tiene que ver con un temperamento mixto cicloide-esquizoide, es decir, melancolía agitada, actitud hostil e hipocondriaca, nerviosismo y respuesta afectiva insuficiente. Shneider en 1950 describió una personalidad lábil la cual se caracteriza por cambios dinámicos y repentinos en el estado de ánimo que conllevan usualmente a la irritabilidad (Caballo y Camacho, 2000).

Asimismo, Caballo y Camacho (2000) retoman seis conceptualizaciones relevantes de las muchas que han surgido a través del tiempo sobre el término “límite”; Inicialmente está la de Kernberg (1975) donde describe en gran parte la formas más complicadas del carácter patológico. Luego está aquella que surgió en los años sesenta y setenta y se encontraba centrada en la predisposición de los pacientes límite a presentar síntomas psicóticos transitorios, encasillando así este trastorno dentro de los desórdenes esquizofrénicos (Wender, 1977; Zarini et al., 1997). La tercera, reunió investigaciones empíricas llevadas a cabo en los años ochenta, destacando disforia crónica y labilidad afectiva de los pacientes límite, ligándola así en un trastorno afectivo (Akiskal, 1981; Stone, 1980; Zarini et al., 1997). En cuarto lugar se encuentra

la definición de Gunderson (1984) donde lo límite especifica un trastorno de personalidad distinguiéndose así de los otros trastornos de eje II. Es así como se diagnostica al margen de lo esquizofrénico y neurótico, planteando los siguientes síntomas: automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasipsicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Zanarini y Frankenburg, 1994; Millon, 1998).

La quinta está propuesta por Zanarini (1993) plantea que el trastorno límite debería estar relacionado dentro de los trastornos de los impulsos, tales como trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, trastorno antisocial de la personalidad y trastornos de la alimentación. Y la última conceptualización propone que la patología límite es una variación crónica del trastorno postraumático relacionado con el trastorno disociativo de identidad (Herman y Van der Kolk 1987).

## **5. MARCO NORMATIVO/LEGAL**

Inicialmente se partirá de la máxima ley, es decir, la constitución política de Colombia en su artículo 49 Modificado. A.L. 2/09, art. 1° en el cual se establece:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

(El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica). Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir

comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.”

#### NOTAS:

\* La Corte Constitucional mediante Sentencia C-574 de 2011 se declaró INHIBIDA de fallar sobre la expresión “ El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica”, por ineptitud de la demanda. (Al respecto, se sugiere la revisión del Comunicado de Prensa de la Sala Plena de 22 de julio de 2011 de 2011, M. P., Juan Carlos Henao Pérez).

En este artículo se aborda la responsabilidad que tiene el estado en cuanto a la atención, prevención y promoción de la salud de toda la población general como de los adictos, teniendo estos últimos una atención especial; Seguido a esto, se encuentra la Ley 30 de 1986 – Por la cual se adopta el estatuto nacional de estupefacientes y se dictan otras disposiciones- en el capítulo VIII, el cual trata de las personas farmacodependientes, quienes llegan a estar acogidos por el ministerio de salud dentro de sus programas de prevención, tratamiento y rehabilitación, que a su vez da paso a la creación y al funcionamiento de establecimientos para que cumplan con dichos programas. Además en esta Ley cabe mencionar el artículo 2° donde se plantea una serie de definiciones con el fin de comprender lo que se está desarrollando , tales como, Droga, abuso, dependencia, adicción, prevención, tratamiento, entre otras.

Por otro lado, la Ley 1566 del 31 de Julio del 2013– Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas-”, en el artículo 1°, donde se reconoce:

El consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (p. 1)

Asimismo, el artículo 2° menciona:

La atención integral a toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos (p.1).

Y el artículo 3° hace referencia a los servicios de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas.

La atención de las personas con consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas referidas en el artículo 10 de la presente ley, se realizará a través de los servicios de salud habilitados en instituciones prestadoras de salud (IPS) de baja, mediana y alta complejidad, así como en los servicios para la atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas, debidamente habilitados.

Estos servicios se podrán prestar a través de cualquiera de las modalidades de atención establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre los cuales se encuentran: los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, de carácter público o privado, unidades de salud mental de baja, mediana y alta complejidad, los centros de atención comunitaria, los equipos básicos de atención primaria en salud, entre otras modalidades que formule el Ministerio de Salud y Protección Social (p.2).

Estos tres artículos como tal aluden el tema de la adicción desde el ámbito general de la salud, dando una comprensión de cómo la dependencia a sustancias psicoactivas es un asunto de salud pública, asimismo la obtención de atención integral que merecen todos los sujetos que presenten una patología a raíz del consumo o abuso de sustancias por medio de las entidades del sistema general de seguridad social y salud; además, de la prestación de servicios a las personas con consumo, abuso y adicción por parte de las IPS habilitadas de alta, media y baja complejidad.

## 6. MARCO INSTITUCIONAL

El sujeto participante de la investigación pertenece a la Fundación Aprender a Vivir, la cual es una entidad sin ánimo de lucro, que lleva en funcionamiento 9 años prestando servicio a la comunidad que ha sido tocada por la enfermedad de la adicción, ofreciendo programas de recuperación, en el área de internado, ambulatorio, clínica de día y de noche, asesorías familiares, entidades públicas y privadas, llevando a cada una de ellas la información necesaria para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.

Igualmente, esta tiene como misión "...ayudar a la recuperación de personas afectadas por la enfermedad de la adicción, comprometiéndonos a mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia, mediante un efectivo servicio que permita convertirse en una persona útil para la sociedad. Orientando una adecuada elaboración y ejecución de un proyecto de vida, generando de esta forma herramientas que le permitan al individuo APRENDER A VIVIR." (Fundación Aprender a Vivir, 2004).

## 7. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

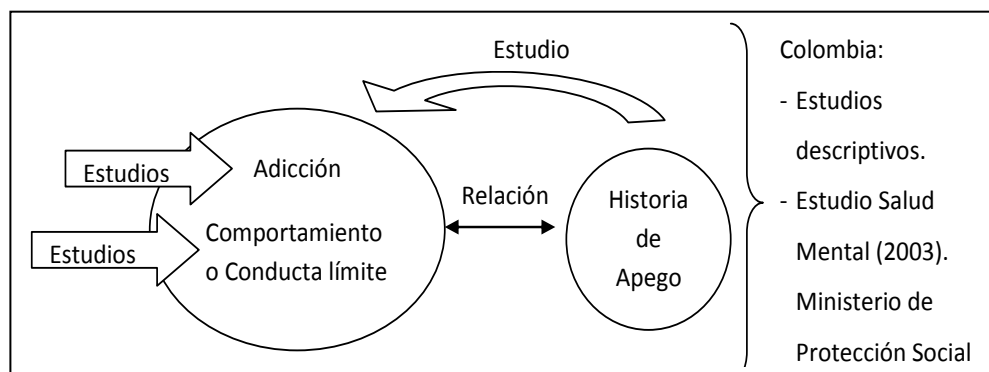


Figura 1. Explicación desarrollo de antecedentes.

Este diagrama expone el abordaje que se llevará a cabo en este apartado, puesto que en la investigación que se está desarrollando no se posee como tal un antecedente investigativo en el país, ya que la propuesta a la cual se le está apuntando es innovadora, esto quiere decir, que el tema en su amplitud como se está planteando en dicha investigación no cuenta con estudios previos como tal, es así como solo por medio de las categorías de interés o centrales (Adicción, trastorno límite e historia de apego) se encuentran estudios usualmente independiente una categoría de la otra o hay relación de dos en investigaciones desarrolladas a nivel internacional, por lo tanto para dicha investigación se revisaron bases de datos tales como, Ebsco, Dialnet, Redalyc, ScienceDirect, Aperturas psicoanalíticas, Pepsic, Scielo.

Por tanto, en la categoría de trastorno límite se encuentra estudios, desde la revisión y descripción de diferentes aspectos más representativos de dicho trastorno que influyen en el desarrollo de la personalidad teniendo en cuenta lo social y familiar (Caballo y Camacho, 2000; Rodríguez, 2005; Escribano 2006; New, Triebwasser y Charney, 2008). Como también existen investigaciones de García, Martín y Otín (2010), Corchero, Balés, Olivia y Puig (2012), Jiménez, Pérez, Rivera, Medina, Munuera y Sánchez (2010), Cuevas y López (2012), Ferrer, Prat, Calvo, Andi6n y Casas (2013) y Tovar (2010), los cuales retoman la pr6ctica cl6nica relacionada con el diagn6stico y tratamiento, donde adem6s en este 6ltimo algunos llegan a proponer orientaciones terap6uticas que faciliten la intervenci6n.

Por su parte Mantilla (2011) busca analizar la expresi6n del cuerpo de acuerdo al diagn6stico del trastorno l6mite, teniendo en cuenta las disposiciones corporales que se generan mediante la intervenci6n y Mosquera, Gonzales y Van der Hart (2011) retoman el trauma, la

disociación y los rasgos límites, revisando evidencia empírica que contribuya a la relación entre traumatización temprana y situaciones de disrupción de apego con los síntomas límites y disociativos.

De igual manera, algunas investigaciones sobre el Apego se enfocan en los tipos del mismo relacionados con trastornos por consumo de drogas o en alguna personalidad patológica (De Lucas, Montañés, 2006; Nakash-Eisikovits, Dutra, y Westen, 2002; Timmerman y Emmelkamp 2006; Galán, 2010). Mosquera y González (2013) relacionan los problemas de apego, la historia de trauma y los síntomas observados en pacientes con trastorno límite de la personalidad, entiendo a su vez los procesos que con llevan de un apego disfuncional a los síntomas TLP, con lo cual Savage (2014), tiene en cuenta eso mismo, pero agrega el comportamiento físicamente agresivo y violento a su estudio. MacDonald, Berlow y Thomas (2013), estudian la relación del temperamento y la personalidad con el apego ansioso y el apego evitativo.

Repetur y Quezada (2005) evidencian la importancia de las relaciones tempranas, su influencia en el desarrollo humano y la génesis de psicopatología, las cuales se encuentran relacionados con otras esferas de interés y Sánchez y De la Vega (2013) relacionan la mentalización y el trastorno límite de personalidad.

Por lo tanto, para el desarrollo de la misma se tendrá en cuenta artículos investigativos mencionados anteriormente y el estudio de salud mental que se realizó en el 2003 en Colombia por el Ministerio de Protección Social y algunos artículos de investigación; en el estudio de salud

mental se evidencia en – Prevalencia de abuso y dependencia de sustancias- un 10.6% en trastornos por sustancias, siendo el alcohol el problema central con un porcentaje de 6.7% en abuso y un 2.3% en dependencia al alcohol, siguiéndole dependencia a la nicotina con un 1.6%. Además se menciona que una de cada 100 personas llega a abusar de sustancias y aproximadamente una de cada 200 tiene dependencia a ellas; siendo este problema más frecuente en población masculina que femenina.

Por otro lado, cuando se tiene en cuenta solo el uso de drogas, quién tiene mayor prevalencia es la marihuana con un 11.1%, le sigue la cocaína con un 3.7 % y tranquilizantes con un 2.6%. En cuanto a edades, tres de cada 20 personas entre los 18 y 29 años de edad, seis de cada 50 entre los 30 y 44 años de edad y siete de cada 50 entre los 45 y 59 años de edad han consumido drogas. En el abuso de drogas, este es mayor en el grupo de edad de 18 a 29 años (1.4%), disminuye a la mitad en el grupo de 30-44 años y se incrementa nuevamente en el grupo de 45-59 años.

## **8. METODOLOGÍA**

### **8.1. Investigación Cualitativa**

La investigación de orden cualitativa posee rasgos esenciales, donde interviene la elección adecuada de teorías y métodos, el reconocimiento y análisis de perspectivas diferentes, y las reflexiones de la investigación por parte de los investigadores que son la base para el ejercicio investigativo que se está llevando a cabo y además forman parte en el desarrollo y transformación

del conocimiento, teniendo en cuenta la variedad de enfoques y métodos que se posee dentro de la psicología (Flick, 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe mencionar que la investigación cualitativa no tiene como base un concepto teórico o metodológico unificado, sino que por el contrario posee diversas perspectivas teóricas y los métodos determinan los debates y la práctica de la investigación, además que en el punto de partida se encuentran los puntos de vista subjetivo del investigador y de quién se estudia, los cuales son tomados como parte de la investigación. (Flick, 2012). Igualmente, en este tipo de investigación se considera que los puntos de vista y las prácticas de campo llegan a ser diferentes por las diversas perspectivas subjetivas y los ámbitos sociales que se relacionan con ello.

Por consiguiente, “La investigación cualitativa se considera como un proceso activo, sistemático y riguroso de indagación dirigida, en el cual se toman decisiones sobre lo investigable, en tanto se está en el campo objeto de estudio.” (Pérez, 1998. p. 32). Es decir, que al entrar a desarrollar una investigación se tiene en cuenta tanto los conocimientos teóricos y como los propios, de manera que estos sirvan como guía y orientación. De igual manera dentro de este tipo de investigación tal como los que menciona Pérez (1998), existen ciertos aspectos relevantes:

1. La investigación cualitativa es inductiva, por lo que el desarrollo de esta investigación es flexible e inicio con supuestos no del todo fundamentados.
2. En la metodología cualitativa el investigador ve el escenario y a las personas desde una perspectiva holística, por tanto el sujeto no se considero o reducio a una variable, sino por

el contrario se le estudio partiendo del todo y del contexto en que se encontraba sumergido.

3. El investigador es sensible a los efectos que él mismo genera en la otra persona que es objeto de estudio, por tanto se interactúa de manera natural, respetando la intimidad y el espacio de sujeto participante.
4. El investigador procura realizar una comprensión desde adentro del contexto del otro, de tal forma que se pueda tener la misma perspectiva que tiene la otra persona.
5. El investigador deja de lado sus prejuicios y predisposiciones, aportando si es oportuno sus creencias propias (Pérez, 1998).

## **8.2. Tipo de estudio**

### *8.2.1. Estudio de Caso*

Stake, (1998) considera el estudio de caso como “...el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes...” (p. 11). Al emplear este método, el investigador responder el cómo y el por qué, utilizando diversas fuentes y datos (Chetty, 1996 citado por Martínez, 2006) y además este método permite estudiar un tema determinado y permite estudiar fenómenos desde diferentes perspectivas y no desde una sola variable. Según Eisenhart (1989, citado por Martínez, 2006) concibe el estudio de caso como “...una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares...” (p. 174). Por su parte Yin (1994, citado por Castro, 2010) plantea que el estudio de caso es “...una investigación empírica que estudia un

fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes...” (p. 36).

Hartley (1994 citado por Castro, 2010) menciona que el propósito del estudio de caso es poder comprender la interacción que se da entre las diferentes partes de un sistema y las características relevantes de éste, permitiendo así que el análisis que se realice llegue a ser aplicado de manera genérica.

Además se puede utilizar en situaciones típicas y en grupos pequeños, donde se necesita realizar un conocimiento exhaustivo y sistemático que posibilite comprender y favorecer al progreso de situaciones de la vida que son reveladas en los sujetos; “... los estudios de caso son particulares, heurísticos y se basan en el razonamiento inductivo al manejar múltiples fuentes.” (Cifuentes, 2011, p. 49).

En consecuencia, el objetivo principal de un estudio de caso es, comprenderlo y como criterios de selección tiene, “...la máxima rentabilidad de aquello que aprendemos.” (Stake, 1998, p. 17), el tiempo que se dispone para el trabajo de campo y la facilidad de acceder al mismo, elegir casos donde se identifique un informador, que tenga relación con la persona estudiada para que pueda brindar su concepto sobre el material que se considere que está contaminado (Stake, 1998).

Asimismo, el tipo de estudio de caso que se desarrolla en esta investigación es de índole intrínseco, dado que se analiza y comprende un caso particular, y como tal no se pretende construir una teoría o entender alguna construcción abstracta tal como menciona Stake (1998).

### **8.3. Participante**

El participante de la investigación fue un sujeto de 21 años con problemática de adicción, quién además en el momento de la entrevista llevaba interno 9 meses en la Fundación Aprender a Vivir en un proceso de rehabilitación y desintoxicación.

Para la participación de él se tienen en cuenta varios momentos, inicialmente fue hablar con la directora de la fundación para pedir permiso de trabajar con uno de los usuarios, luego se llevo a cabo una entrevista con experto, es decir, los psicólogos de la fundación que atienden directamente a los pacientes con el fin de que con ellos se llegará a un consenso de que paciente podría aportar más a la investigación de acuerdo al conocimiento que poseen de la historia clínica de cada uno; en esta entrevista con experto se tuvo en cuenta criterios de inclusión tales como:

- Los criterios de diagnóstico que se presentan en el DSM IV para el trastorno límite, cabe aclarar que el paciente no necesariamente tiene que ser diagnosticado con el trastorno como tal.
- El tiempo de tratamiento de rehabilitación y desintoxicación que llevará dentro de la institución.

- La disposición del sujeto, para participar en la investigación.

## 8.4. Estrategia

### *8.4.1. Entrevista centrada en el problema*

Este tipo de entrevista se encuentra dentro de la entrevista semiestructurada, y además fue planteada por Witzel (1982-1985), la cual se caracteriza por tres criterios relevantes: a) centrarse en el problema, el investigador se orienta hacia una problemática social pertinente; b) orientación al objeto, los métodos se desarrollan o modifican con respecto a un objeto de investigación; y c) orientación al proceso, en el proceso de investigación y en la manera de comprender el objeto de investigación (Flick, 2012).

Asimismo como menciona Flick (2012), el entrevistador debe decidir teniendo en cuenta la guía de entrevista, en qué momento su interés debe estar centrado en el problema de tal forma que se realicen preguntas dirigidas para así lograr diferenciar el tema. Por tanto se plantean cuatro estrategias comunicativas principales, la entrada en conversación, la incitación general y específica y las preguntas ad hoc.

Igualmente dentro de este tipo de pregunta se retoma la guía de entrevista que plantea Kernberg (1992) la cual es una entrevista estructural, y se encuentra basada en las estructuras mentales, es decir, discriminando estructura neurótica, psicótica y límite. Esto se desarrolla en la

investigación con el fin de analizar los tipos de procesamiento que posee el participante; cabe aclarar que al momento de la entrevista, se tendrán sub-categorías de apoyo tales como, vida personal, adicción, familia, relación con la mamá y el papá, trabajo, vida afectiva y sexualidad.

#### *8.4.2. Análisis Cualitativo del Contenido*

El cual se emplea para analizar el material textual, independientemente del origen, es decir, desde producto de medios de comunicación o datos de entrevista. La característica de este procedimiento es el uso de las categorías, que se derivan de modelos teóricos que a su vez son llevadas al material empírico, siendo continuamente evaluadas y modificadas si es necesario (Flick, 2012).

Igualmente Mayring (2004 citado por Flick 2012) plantea una serie de pasos, que inicia con definir el material, luego analizar la situación de recogida de datos, seguido de caracterizar formalmente el material para finalmente definir la dirección del análisis para los textos seleccionados, es decir, interpretarlos.

Para realizar lo anteriormente mencionado, es importante tener claro las categorías que se trabajaron desde un comienzo para el trastorno límite, fueron en un primer momento de índole psiquiátrico de acuerdo a los criterios del DSM IV-TR, luego lo netamente psicológico, para finalmente terminar con unas psicológicas con visos psicoanalíticos, como se evidencia en la figura 1.

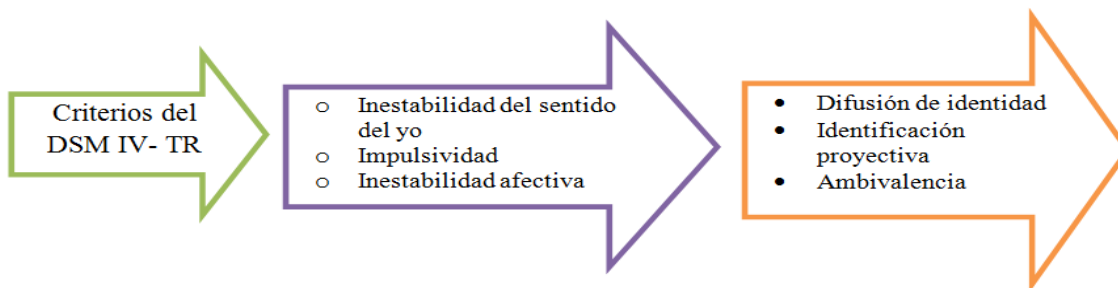


Figura. 2. Categorías empleadas para el trastorno límite

Mientras que para el desarrollo de la teoría del apego, se tuvieron en cuenta los tipos de apego y el concepto de mentalización de Fonagy (2006).

## 8.5. Instrumentos

### 8.5.1. Matrices

Para el análisis de la entrevista se emplearon dos formatos, uno para la matriz de transcripción, donde se trae textualmente el discurso tanto del entrevistado como del entrevistador siendo C, es Cristian y X, Ximena.

*Tabla 1 Matriz de Transcripción*

### PRIMERA SESIÓN

Nº DE LINEA	ACTORES Y PARTICIPACIÓN
-------------	-------------------------

Y el otro formato, para la matriz de resultados la cual se desarrollará con dos categorías: Límite y Apego, y además se tendrá en cuenta solo el discurso de Cristian y la teoría pertinente ante cada aspecto.

*Tabla 2 Matriz de Resultados*

PRIMERA SESIÓN

CATEGORIA	LINEA	INTERPRETACIÓN
LÍMITE		
APEGO		

*8.5.2. Grabaciones en audio*

Las sesiones de la entrevista se grabaron con el propósito de facilitar la transcripción y el análisis de la misma.

*8.5.3. Consentimiento informado*

Consentimiento informado en el cual se hace una explicación sobre el ejercicio investigativo y además se establece un acuerdo de confidencialidad por parte de la investigadora quién además se compromete a utilizar la información suministrada de forma ética y responsable. (Ver anexo 1).

## 8.6. Procedimiento

### 8.6.1. Fases de la investigación

- 1) Apropriación del tema: Se realizo búsqueda bibliográfica, tanto en libros como en artículos que aportaran al trastorno límite y el apego, y que a su vez contribuyeran a la elaboración de los diferentes marcos.
- 2) Definición del diseño de investigación: Plantear el tipo de estudio, metodología, y estrategia que se emplearía para la recolección de datos e información.
- 3) Selección de población: Autorización por parte de la fundación para la participación de un usuario y a la vez realización de entrevista con psicólogos que orientara la identificación del sujeto.
- 4) Obtención de datos: Entrevista con el participante donde además se firma el consentimiento informado, y la cual consto de tres sesiones de aproximadamente 90 minutos cada una.
- 5) Análisis de datos: Realización de matrices de transcripción y matrices de resultados, a través del análisis cualitativo las cuales permiten dar cuenta de los objetivos planteados. La matriz de resultados cabe mencionar que es desarrollada a partir del análisis cualitativo del contenido.

- 6) Devolución de resultados: En un primer momento se realizará reunión grupal con administrativos y terapeutas, con el fin de dar a conocer los resultados de la investigación y el desarrollo de la misma. Y en un segundo momento se realizara una reunión con el sujeto participante, la directora y el psicólogo tratante para darle a conocer los aspectos más relevantes que arrojó la investigación.

## **9. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Teniendo en cuenta los principios bioéticos, los cuales son 4 y están divididos en mínimos (Justicia y no-maleficencia) y máximos (Autonomía y beneficencia) de convivencia, en donde los primeros se refieren a lo público y determinan un deber social y biológico con los seres humanos y los segundos son de carácter privado, donde responden al desarrollo del proyecto de vida de cada uno el cual se va dando de acuerdo a los ideales que se posean (Palacio, 2007).

En el presente ejercicio investigativo, estos principios se visibilizaron teniendo en cuenta, primero, la autonomía es entendida como aquel derecho que se posee para decidir por sí mismo, por lo cual el sujeto decidía si se podía contar con su participación o no, luego de haber tenido el permiso de las directivas de la institución y los preceptos que tenía su psicólogo sobre el entrevistado y la viabilidad de trabajar con él, dado que la situación que lo enmarca es la adicción y el estar interno en una fundación de rehabilitación.

Segundo, la beneficencia se refiere a la búsqueda del mayor bien o beneficio y la no maleficencia a evitar todo tipo de mal, por tanto, por un lado se tuvo especial cuidado con las

respuestas dadas por el entrevistado confrontando su respuesta con los criterios del psicólogo tratante y además se tenía especial atención en la comunicación analógica que el sujeto fuera dando en el espacio de entrevista, igualmente se realizaba una continua evaluación del sentir del sujeto en la catarsis o los actings in (actos dentro de la terapia o entrevista como se conoce en el psicoanálisis) que iban emergiendo, todo esto con el fin de que todo adicto en proceso tiende a autoevaluarse constantemente y cada cosa que se le retroalimente lo toma de forma muy consciente.

Y por otro lado, al realizar la respectiva retroalimentación, se hará primero con el psicólogo tratante y luego con el sujeto, de tal forma que la información que se le suministre no llegue a impactar de manera negativa en él ni en su proceso interventivo. Y como tercero, la justicia, la cual es comprendida como aquel sistema de creencias donde hay normas e igualdad.

Por otro lado, al realizar el acercamiento con el directo involucrado, previamente se había estructurado un formato para el consentimiento informado, en donde el participante corroborara su participación voluntaria y además se señalara el fin y los procedimientos que se desarrollarían en dicha investigación. Al sujeto como tal, se le dio claridad sobre cada aspecto del ejercicio investigativo respondiendo así las preguntas que emergían de él, y aceptando sus requerimientos, dejando igualmente siempre claro que será responsabilidad de la psicóloga en formación el manejo de la información y la confidencialidad de la identidad de quien participo.

## 10. RESULTADOS

### 10.1. Primera Sesión

Tabla 3. Primera Sesión

CATEGORIA	LINEA	INTERPRETACIÓN
<b>LÍMITE</b>	44-49, 89-92, 126-130, 152-154, 186, 195-198, 211-216, 240- 242, 276-283, 290-296, 299-302, 355-361, 364-368, 407-409, 416-418, 421-424, 431-435, 451-456,	<p>Aspectos tales como, la disociación o escisión del yo, la identificación proyectiva y la ambivalencia llegan a presentarse en este primer encuentro en varios momentos.</p> <p>La disociación se evidencia en el momento en que no solo se disocia o escinde él sino también la mamá lo hace, ya que no sabe si su hijo es bueno o malo y se lo transmite a él en su trato llevándolo a actuar de tal forma que no pueda encontrar un estado neutro de autopercepción, como lo menciona él mismo “como decirme, no está bien, está mal... eh... que... que sí, que es lo bueno y que es lo malo, pero ella se empezó a creer el cuento que entonces yo era bueno, sí, o que yo era algo, que yo era malo, pero se empezó a creer el cuento que yo era algo, y como que empezó a tratarme de esa manera no, ay no es que usted es tal y yo no sé qué, entonces me trataba como un completo “güevón”...”. L211-216.</p> <p>La identificación proyectiva se visualiza en el momento en que él se identificaba con cosas que sucedían por fuera de él con algunas personas que le rodeaban o con la sociedad en general y de las identificaciones proyectivas que él tiene refleja deseos reprimidos que posee , como por ejemplo cuando menciona,“ la gente compra droga y compra un poquito y se droga y ya, pero nunca tienen mucha droga y dicen me siento chimba sí, y como que yo sentía también esa carga sí, me siento mal porque como que allá no tienen de mi misma droga, que yo no sé qué y... un montón de videos, pero a mí no me importaba y yo me seguía drogando en mi casa y eso... básicamente yo no salía...”. L279-283. Y “por ahí a los diez días me internaron y todo eso lo</p>

		<p>botaron, entonces el tipo, el tipo como que o sea, no tuvo más, o sea no supo donde conseguir más droga... yo creo que eso es horrible, eso es horrible cuando uno no consigue de la droga que necesita, que necesita su dosis, uno cae, sí en ese estado, bueno que necesita droga porque se siente mal...”. L293-297. El deseo reprimido de la primera es el poseer la misma droga que tienen en otros lugares y el de la segunda es el deseo de conseguir droga.</p> <p>La ambivalencia se identifica cuando él se va al otro extremo o lleva la contraria de lo que sucede a su alrededor, como sucede cuando hace referencia a “ver todo el mundo no, que es diferente a uno, que les gusta, bueno música normal, de pronto tomas, bueno sí que tienen una familia, que viven felices no... pues obviamente yo pues no iba a ser de esa misma forma, no, por eso le llevaba la contraria a ese mismo video no...”. L89-92. Al igual cuando indica que él se aislaba de la sociedad ya que esta seguía una serie de normas llegando así ser solitario. Y además en el caso que odia a los demás porque no son igual que él ya que como él lo menciona “yo no era igual a los demás...” L361.</p>
<p><b>APEGO</b></p>	<p>51-54, 56-61, 80-86, 120-123, 157-158, 162-165, 218-222, 234-238, 247-250, 261-266, 382, 383, 389-394, 395-399, 437-441, 442, 447, 469-476, 457-466</p>	<p>En cuanto a esta categoría, se visualizo mentalización y apego ambivalente y evitativo.</p> <p>Inicialmente cabe aclarar que el proceso de mentalización aparece en algunos momentos con visos de claridad pero en otros se puede encontrar perturbado; esto se llega a presentar dado que el entrevistado lleva tiempo en proceso de rehabilitación, donde la ha podido recuperar paulatinamente. Este aspecto se identifica al momento en que el entrevistado menciona que para él la adicción fueron cosas malas, problemas, y entrar en estados de locura temporales que lo llevaban a estar mal, como cuando menciona “Bueno entonces uno en la droga, obviamente pues gastaba mi tiempo en droga no, obviamente eso no producía ningún dinero para nadie no, y... y da una mala esperanza no, porque... porque podría que yo me</p>

		<p>sintiera trabado o que gastara toda mi vida ahí y que en un momento, o sea en un momento para mí como una pérdida de mi propia vida no, como si me estuviera suicidando lentamente... en eso mismo sí...” L261, 266.; asimismo, llega a exponer el qué lo llevaba a drogarse, como por ejemplo, poder compartir un momento en familia con su hermano, poder vivir la soledad de otra forma, cuando menciona “digamos la adicción hace que uno bueno no esté solo sino se sienta en sí mismo, de pronto eso es lo que hace la droga no, que lo encierra a uno mismo en un espacio sí y... y lo hace que se sienta bien, y de pronto eso era lo que a mí me gustaba, no.” L51-54 y de igual forma esa misma soledad lo llevaba a conseguir amigos ya que se sentía solo, como cuando menciona “y pues no sé, me acuerdo que me acomplejé mucho y me sentía muy solo y tan, y creía que así pues conseguiría mejores amigos, o no sé, como que me sentía mejor con personas que se parecieran a mí no” L84x-86.</p> <p>El apego ambivalente y evitativo, se evidencia en varios momentos ya que él no muestra interés cuando su mamá está presente y por el contrario se molesta o incomoda cuando lo está y además cuando pretende acercarse a él, aunque de alguna forma la reconoce como una persona que es bien con él, por otra se ve como por medio de sucesos que viven otros surge una especie de necesidad en él con respecto a ella, como lo hace mención en “mi mamá nunca me ha enseñado a leer ni nada de eso, eso lo aprendí en el colegio, pero, pero ella es muy bien...” L 157, 158 y “voy al colegio o voy a la universidad y veo que la mamá de toda la gente está pendiente no, o que sí, que los llaman, les dicen un montón de cosas, así, tienen un montón de videos, o yo no sé, bueno sí, a mí qué me importa sí, el mismo video, ay por qué hacen eso pero... pero también o sea mi mamá es muy bien y mi papá también...”L 162- 165. Además él por medio de las demandas indirectas que tiene sobre su mamá, llega a imponer en ella actos y consecuencias de lo que ocurre con él, ejemplo de esto “ no paso mucho tiempo con ella,</p>
--	--	---

		entonces cuando lo pienso, moralmente no me importa, y... y pues siempre lo pienso desde lejos no, siempre como que ese distanciamiento pues hace que de pronto yo esté cerca de malas cosas no, como de... bueno de la droga, del robo, sí, un montón de cosas...” L218-222.
--	--	---

## 10.2. Segunda Sesión

Tabla 4. Segunda Sesión

CATEGORIA	LINEA	INTERPRETACIÓN
<b>LÍMITE</b>	93-100, 148-152,159-166, 174-180, 205-209, 215-217, 246-253, 263-265, 270-276, 291-292, 297-302, 313-320, 331,332, 341-344, 365-373, 391-394, 414, 415-417, 445-447, 453,454, 457-466.	<p>La identificación proyectiva aparece cuando menciona “salgo a la calle, de pronto yo, no sé, me monto en otro video y sí, salgo a la calle y miro por la ventada del carro y pillo la gente como va con la familia y como van los papás y lo que sea, como que de una vez yo me doy cuenta que tienen una mejor relación sí, que yo simplemente soy como un televidente ahí güevón mirando todo el video y llego a mi casa y mi mamá es la misma televidente, que también ve eso sí..” L148-152, dicha identificación proyectiva se puede ver al momento en que narra esa otra realidad que esta a través de la ventana, la cual se puede pensar que llega a ser de alguna forma una proyección de lo que le gustaría encontrar con su familia y con su madre a nivel relacional, dejando así de lado el papel de televidente para pasar a actor.</p> <p>Asimismo, se identifica la difusión de identidad, debido a que por un lado la descripción que llega a dar el entrevistado de su madre no refleja la capacidad de integración adecuada sobre ella al igual que tampoco en el concepto que da hay una continuidad estable sino que más bien inestable como en “Yo diría que en ocasiones es una buena persona, que trata de ayudar a la gente, que... o sea, que no le mira defectos a nadie, que piensa que algo está bien y algo está mal, bueno que cree que algo es bueno y algo es malo no... y... como que ese es un sentimiento de ella, pero en sí ella no es buena, si ella no es mejor, si ella</p>

	<p>no es nada... sino simplemente es como eso, y de pronto yo pienso que eso no es agradable porque, porque o sea me molesta, o sea, me parece como fastidiosa como... como inquieta, como innecesaria, como... como que debería buscar su puesto real en la vida.” L247-253. Esta misma difusión de identidad se presenta en el momento en que él se esfuerza por reflejar un odio hacia su madre llegando así calificarla y descalificarla continuamente, llegando así a demostrar que es algo que pasa en su vida y que por lo tanto no le importa o afecta.</p> <p>Por el otro lado, se encuentra la difusión de identidad con él mismo, puesto que en un primer momento al tratar de definirse, no da un concepto amplio sino que más bien se limita a dar respuestas vagas y no del todo claras. Y en el segundo momento trata de ampliar esa definición retomando la frase “soy lo peor”, que él mismo ha dicho sobre sí mismo en varias ocasiones durante la entrevista a lo que responde de forma histriónica “me voy a tomar con alguien, y me doy cuenta que yo puedo exceder mis límites y que puedo llegar hasta tener un paro cardíaco ahí al lado de esa persona...”L457-459 despersonalizada, desorganizada “y me vuelvo a mi casa y me acuesto a dormir y no pasa nada sí, pero esa persona tiene un hijo y tiene un montón de preocupaciones y, y tiene un montón de videos y yo digo ni siquiera toma lo mismo que yo, ni siquiera hace los mismo que yo... y como que eso a veces hace que piense que o sea, que mi vida es una chimba sí, pienso como que, listo sí...” L459-463, y contrariada “yo solo quiero abrirme de este lugar, simplemente quiero coger otro rumbo sí, o sea yo me defino como una persona que no tiene, que no tiene como límites, como que simplemente está enclaustrado y puede hacer lo que se le dé la gana” L463-466; De esto se podría pensar que ahí dentro hay un mundo vacío, que él trata de llenar con recortes de deseos y frustraciones, buscando así poder encontrarse con yo ideal.</p>
--	--

<p><b>APEGO</b></p>	<p>5,6, 13-16, 23-26, 29-34, 39-42, 45-52, 66-69, 82-86, 102-106, 108-117, 131-136, 139, 143-146, 153, 183-186, 191, 201-203, 212,213, 227-231, 238,239, 242-245, 254-258 268-270, 279-283, 287-290 , 323-325, 329,330, 335,336, 337-340, 364,365, 375-383, 395-399, 406-408, 426,427, 430-432, 447-452.</p>	<p>En esta sesión se pueden evidenciar diversos apegos tales como, evitativo e inseguro ambivalente en el sujeto, que además vienen en conjunto con una serie de sentimientos que emergen de él hacia la madre como por ejemplo, ira, frustración, y hostilidad.</p> <p>Se podría decir que el apego evitativo emergió debido a al distanciamiento que se dio con la madre, por lo cual él se adaptó a esto y no se llegó a establecer una conexión emocional estable, buena y duradera, ejemplo de esto se encuentra cuando menciona “yo veía mi relación y yo decía como a mi mamá, como yo le voy a exigir a mi mamá cariño, no sé, simplemente como que lo pensaba y nunca lo comunicaba, sino que decía bueno, entonces empezamos a alejarnos para simplemente como no tener esa molestia de estar peleando por cosas que ni siquiera tienen relevancia...” L23-26. Y en “o ella no sabe de pronto más a fondo no, ella me ve pues todos los días y que bonito él y que chimba pero de pronto no sabrá que de pronto en un momento que me da fastidio no, como que sí, o no me importa o simplemente no quiero verla sí...” L39-42.</p> <p>El apego inseguro ambivalente, se hace visible al momento en que podía y deseaba tener una cercanía con la mamá pero luego aparecían sentimientos de hostilidad e irritación hacia ella, creando así resistencia al vínculo que se generaba en el momento, como cuando menciona “yo exigía como yo quería que me quisieran pero... pero o sea simplemente quería eso y ya, nada más y como que me atendieran o algo así, pero no era por , sino porque me sentía mejor no, porque simplemente no quería que... que sí, que perdiera yo el tiempo en... no sé, en esperar algo como, me parecía totalmente una pérdida de tiempo, por eso mismo como que una vez la miraba raro y como que o sea ya no me gustaba el tiempo con ella.” L29-34. Además, este tipo de apego se identifica al momento en que sueña que la mamá de él moría y no podía recuperarla y se despierta llorando y esta no</p>
---------------------	--	---

	<p>responde como se espera ni le da importancia sino que le dice que eso fue una “estupidez”, por lo cual él menciona “yo decirle en un momento que pasó eso y ella decir que eso nunca pasó y que usted se lo imaginó y lo que sea sí y yo como decirle no es tonto, o sea, yo estaba llorando y... y no me gusta, o sea no me gusta, como mandarla a comer mierda por eso sí, decirle abrase no, suerte, ¿por qué no me respeta?, sí, y de pronto yo en ese momento como que digo, cuál es la falta de educación, cuál es la educación que recibo o por qué putas hace algo que no es... y... y obviamente no es fácil no, no es fácil que una persona diga, no es que yo lo hago porque se me da la gana y porque sí, me importa un culo, y porque no, la verdad es mejor que usted y que chimba todos y usted es una mierda y qué, o sea sí, es como muy güevón como uno quedarse ahí y no progresar otra idea sí. L108-117; Igualmente en el sueño que tuvo se puede ver reflejado el deseo por matar a la madre ya que ella no llega a satisfacer sus necesidades, esto se presenta debido a la falta de integración psíquica que conlleva el mecanismo de escisión que emerge del peligro de ser destruido por el instinto de muerte que se dirige hacia sí mismo, fomentando la disociación de los impulsos en buenos y malos, los cuales son proyectados al cuidador primario siendo a su vez este disociado en bueno y malo, conllevando además a la fluctuación entre idealización y degradación del otro y de sí mismo (Klein,1946), se identifica en “ella es como una buena mamá y una mala mamá sí, pero ella, ella sabe con quien es buena mamá y con quien es mala mamá... de pronto la mala mamá es conmigo y la entiendo, sí,...” L263-265. Y en “no tengo la necesidad de progresar con ella y...y eso hace que yo diga “a mí no me gusta usted pero la quiero”...” L426, 427.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, el entrevistado en varias partes de su narración llega a señalar un odio lo bastante acentuado como un cariño no muy bien aceptado por su mama, por lo que la descalifica continuamente, es decir, en un</p>
--	--

		<p>momento habla bien de ella y al otro refleja hostilidad, rechazo y esto aunque también lo menciona con el papa es más perceptible con la mama, como por ejemplo “ella, ha mejorado mucho, pero no ha mejorado lo suficiente como para que uno diga “sí está en el lugar indicado” ...”L335, 336. Además de “si igual y le digo, vuelvo a decirle a mi mamá “ay mira mamá estoy bien” y ya, pero en realidad sí, a veces quisiera irme como para herirla, irme y decirle “suerte, usted no vale nada y yo tengo un mundo que vale más que usted”...” L406-408.</p> <p>Asimismo, se puede ver la formación de un falso self que menciona Winnicott (1965), el cual se encuentra relacionado con la poca contención de la madre de acuerdo a las necesidades del bebé como a la respuesta apropiada a impulsos o gestos espontáneos, y en ese sentido el proceso que lleva a la capacidad para el uso de símbolos no se inicia y es así como empieza a crearse el falso self. Es así como el bebé empieza a vivir una existencia falsa, y por necesidad de sobrevivir, accede a la sumisión, volviéndose complaciente a las exigencias ambientales, ejemplo de esto “siempre ha sido como muy falsa, o sea digamos un cumpleaños es falso, una navidad es falsa, eh... todo es falso, de pronto yo ahí como que cubría como con la droga o con el alcohol y decía bueno severo no, por el estado económico, ah bueno están haciendo plata o bueno sí, que chimba sí, y ya, eso no me importa nada, y... y de pronto eso era lo que me servía. Y yo decía, bueno me doy consuelo a mí mismo pero sí, o sea, no me importa...” L131-136. Y también en “más la vida de ella frente a la mía, entonces, entonces o sea, no importa si va a comprar unos zapatos o lo que sea, pues yo no estoy ahí, entonces pues para, pues pueda que yo le pida, para mí no hay nada, entonces yo ya, hasta me toma de esa forma “para usted no hay nada marica porque soy yo la que trabajo”...” L143-146.</p>
--	--	---

### 10.3. Tercera Sesión

Tabla 5. Tercera Sesión

CATEGORIA	LINEA	INTERPRETACIÓN
<b>LÍMITE</b>	4-7,12,19-24,39-45,78-81,126-130,147-149,157,158,163-166,190,191,218,235,245-247,268,269,299-301,310-312,312-314,316,317,332-334,336,337,342-345,366-369,373,374,380,392,393,396,397,410-412,416-421,476-482,490,491,492-496,499,500,511,512,517-520,527-532,539,540,	<p>El no tolerar la soledad llega a estar en el núcleo del trastorno límite (Gunderson, 1996 citado por Mosquera y González 2013), ya que como menciona el sistema DSM se evita el abandono real o imaginario como se ve en “pues en mi soledad, de pronto cuando me acordaba de todo pues... obviamente eso era lo que buscaba amigas...sexo, drogas... eh...alcohol, vicio, ser mejor, ¿por qué ser mejor? Porque eso era lo que me hacía ganar más dinero no, o sea como tener más poder o simplemente saber que me puedo sentar y puedo estar tranquilo...” L4-7, en esta situación lo que él buscaba realmente era no proyectar su soledad y su fragilidad a los demás, y el medio para el fin era el poder y el llenar su vida de personas, situaciones y sustancias adictivas. Asimismo, al crear internamente esa soledad como lugar, lo que pretendía realmente era poseer un mecanismo de defensa el cual tiene por objetivo cuidar su yo o preservarlo, pero de igual manera es débil ya que no tiene una base sólida clara de construcción por lo que agentes externos pueden usurpar en el llegándolo a desestabilizar.</p> <p>Por otro lado, las relaciones interpersonales del entrevistado son inestables y en algunas situaciones confusas ya que no se llega a identificar coherencia e integración dentro de la narración misma que realiza, es decir, en esta sesión se logra evidenciar de manera más clara la escisión o disociación que él posee la cual además le afecta el criterio de realidad y todos las áreas de ajuste como lo son: Familiar, personal, académico, afectivo, sexual. Cabe mencionar, teniendo en cuenta lo anterior que durante la entrevista en esta sesión se percibió en la transferencia una sensación de cansancio y agobio dado que el entrevistado se extendía en un tema dispersándose a su vez en este durante</p>

		su narración, tanto así que en muchas ocasiones no se distinguía si lo que decía era real o era algo q estaba fantaseando en el momento.
<b>APEGO</b>	58,59,66-73,111-113,122-126,135-143,182-188,202-205,227-229,231,232,231,237-239,246-250,299-301,339-341, 346-349,	El apego ambivalente desorganizado evidenciado en el entrevistado en esta sesión llega a cruzar claramente las fronteras de la relación con su madre, llegando a afectar también las relaciones interpersonales con amigos, novias, universidad, sociedad en general, por tanto, en ocasiones se llegan a evidenciar aspectos donde Igualmente, el proceso de mentalización se encuentra alterado ya que las narraciones son desorganizadas y no se llega a una comprensión como tal.

## 11. DISCUSIÓN

En la investigación se logra evidenciar varios aspectos en los cuales las categorías de análisis juegan un papel importante, dado que en un inicio se pueden ver como individuales y en otro momento se llegan a interconectar dando un sentido más amplio al objeto de estudio, permitiendo así el cumplimiento de objetivos propuestos enmarcados bajo la relación existente entre los comportamientos límites al interior del historial de apego.

Como tal los resultados en la investigación llegaron a arrojar comprensiones complementarias tanto en la parte límite como en el apego, se debe tener en cuenta que como se menciona en la metodología, al momento de la entrevista se retomaron categorías de ayuda para guiar la misma, de tal forma que estas permitieron visualizar de una mejor manera a Cristian, es decir, desde lo micropersonal hasta lo macropersonal.

En el primero, se encontraron sentimientos de soledad, frustración, ira, miedo, rechazo, desprecio y rencor los cuales, se encuentran concentrados en su núcleo familiar, pero sobre todo dirigido hacia su madre, dada la relación que se entabló con ella, y estos sentimientos negativos a su vez repercutieron en lo macropersonal, desestabilizando todas sus demás áreas de ajuste, tales como, académico, sexual, afectivo y social. Con esto se puede decir que la vinculación que se generó entre madre e hijo fue de mala calidad por lo que los sentimientos que se entablaron en él desde temprana edad fueron negativos (Lafuente, 2000; Sanchis, 2008).

En consecuencia con los sentimientos negativos, se infiere que la única manera de escape o de estabilización que encontraba Cristian ante estas emociones fue entrar en la drogadicción, como él mismo llega a mencionarlo “consumía a veces y pues era muy solo pues mis papás trabajaban todo el día y pues yo siempre he sido como un adicto sí, digamos la adicción hace que uno bueno no esté solo sino se sienta en sí mismo, de pronto eso es lo que hace la droga no, que lo encierra a uno mismo en un espacio sí y.. y lo hace que se sienta bien, y de pronto eso era lo que a mí me gustaba, no.” L50-54.

A propósito de lo anterior, y retomando las categorías como tal, en la categoría límite se retoman conductas que son relevantes y visibles en el entrevistado que se pueden dividir en psiquiátricas teniendo en cuenta el DSM-IV-TR y psicológicas con visos desde una perspectiva psicoanalítica, con el propósito de considerar así un funcionamiento en conjunto como complemento de acuerdo a la estructura de personalidad que posee el sujeto en cuestión.

Es decir, que a partir de lo compilado en la investigación, lo psiquiátrico y lo psicológico llegan a tener un punto de encuentro en cuanto a características o criterios expuestos desde

ambas perspectivas para diagnosticar la personalidad límite, que si bien tienen diferentes términos se habla de lo mismo tal como se evidencia de manera gráfica, excepto por el criterio que menciona la impulsividad en al menos dos áreas que es potencialmente dañino para sí mismo... (Figura.3).

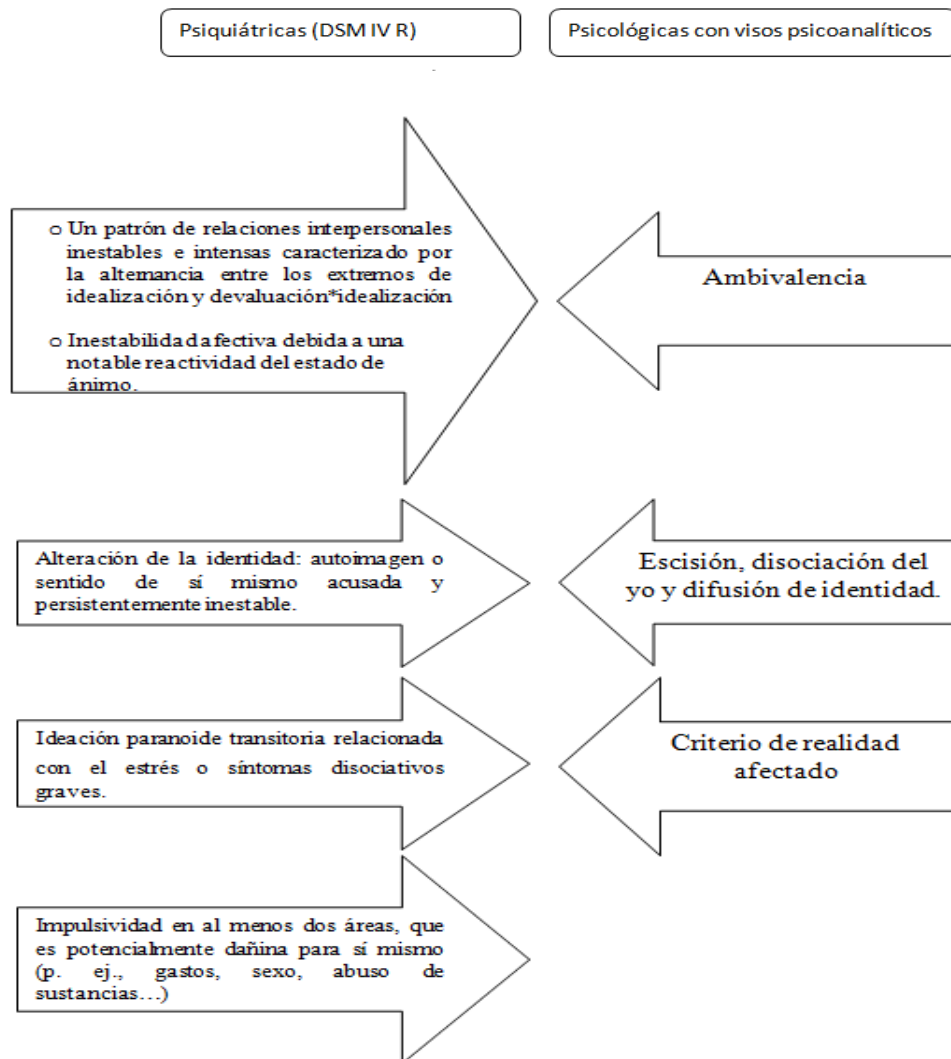


Figura 3. Punto de encuentro entre dos perspectivas

Teniendo en cuenta la entrevista como tal, el respectivo análisis y dando de alguna forma respuesta ante: ¿una clasificación límite? o ¿un comportamiento límite?, se puede decir que a partir de la experiencia como investigadora encontré que las guías que daban los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR no eran suficientes, ya que en ciertos momentos se evidenciaba que algunos de estos criterios no eran coherentes para identificar un trastorno o comportamiento límite de acuerdo al discurso de Cristian.

Por lo que esos mismos criterios hacían pensar que lo histriónico y lo antisocial podían ser patologías inherentes a su conducta; por tanto, con este análisis se considera que los criterios diagnósticos limitan la visión del profesional ante un funcionamiento psicológico que está sucediendo en el otro y que además no deja ver la gravedad que contiene en la misma (O. Kernberg, 2001). En consecuencia no es un comportamiento o una clasificación, es un conjunto de ambas, además se le suma a esto, la dimensión de gravedad que permitirá abordar de una mejor forma un trastorno.

Entre tanto en la categoría del apego, llega a sobresalir el apego evitativo y el apego ambivalente, donde se puede pensar que en el entrevistado estos dos tipos de apego son complementarios en un mismo nivel, ya que como se evidencia, en el evitativo él no se interesa por establecer conexión alguna de tipo emocional, que sea buena y duradera con su madre, dado el distanciamiento que hubo. En el ambivalente, se genera resistencia con sentimientos de hostilidad e irritación hacia ella, al momento de poder y desear una cercanía así sea mínima. Con lo anterior se quiere dar a entender que un tipo de apego conlleva al otro sin que uno de los dos prevalezca, de tal forma que sea como un proceso cíclico.

De igual manera, teniendo en cuenta los determinantes de seguridad que plantea Fonagy (2004 citado por Sanchis 2008), los cuales pueden ser próximos y distantes, siendo los primeros los que influyen en la calidad de la relación madre e hijo y los segundos como aquellos que influenciarán en el futuro; se considera que como la relación entre Cristian y su madre no fue buena como tampoco estable, esto tuvo repercusión a futuro con la manera de relacionarse él con el mundo, conllevándolo a poseer a su vez dificultades con la estructura de personalidad.

Esto mismo, tiene que ver con la relación que se constituye dentro de la familia y con ella como lo argumentan Del Barrio, 2002; Musitu y Cava 2001 citados por Sanchis 2008, donde plantean “la familia como el primer referente social, por lo que su papel es esencial a la hora de configurar los esquemas que regularán la interacción futura del niño con el entorno...” (Pág 25).

Asimismo, trayendo a colación lo que mencionan Mosquera y González (2013) sobre la seguridad que se genera en el niño a partir de la conducta de apego, la cual llega a ser internalizada como un modelo interno de base segura a través de la relación con su progenitor, quién da refugio y protección; en consecuencia, cuando esto no se desarrolla como se espera, el sujeto no tendrá la capacidad de autorregulación, y a su vez será incapaz de conectarse con otros, sea para pedir ayuda ó para darla, tal como sucede con el caso de Cristian, quien pasa de un extremo a otro de manera impulsiva, conllevándolo como se había mencionado anteriormente a ser consumidor de sustancias psicoactivas.

De igual modo, retomando lo que menciona Botella (1994 citado por Sanchis, 2008) sobre la psicopatología, en la cual aquella incapacidad de los sujetos para integrar, aceptar y tratar con

sus sentimientos y necesidades primarias, se relaciona con la escisión o difusión de identidad que se evidencia en Cristian, ya que al momento de la entrevista no había integración en lo que decía, especialmente en la última sesión donde se abordaron temas como, amigos, vida afectiva y sexualidad, por ende, durante su discurso no se lograba saber si hablaba de él u otra persona llegando a causar dispersión y cansancio a la entrevistadora.

Con esto además se podría afirmar que el criterio de realidad en él se encuentra alterado, aunque su proceso de mentalización en algunos momentos sea óptimo, esto último cabe aclarar que se llega a dar por el tiempo de rehabilitación que lleva.

Por otro lado, de acuerdo con los datos obtenidos en esta investigación, se identifican relaciones existentes con los estudios realizados previamente, que por un lado, desde la categoría límite en relación con los estudios de Caballo y Camacho (2000), Rodríguez (2005), Escribano (2006) y New, Triebwasser y Charney (2008), se encontró que los aspectos desde lo familiar y social del sujeto participante si llegaron a influenciar en el desarrollo de una personalidad con rasgos patológicos, todo esto de acuerdo a las experiencias que Cristian tuvo dentro de su núcleo familiar, partiendo de la historia con su hermano mayor, la cual le impacto de manera negativa.

Igualmente, en los antecedentes sobre apego los puntos en común se evidenciaron a partir del desarrollo que se le dio a los tipos de apego aduciendo correlación con algún trastorno de personalidad (De Lucas, Montañés, 2006; Nakash-Eisikovits, Dutra, y Westen, 2002; Timmerman y Emmelkamp 2006; Galán, 2010), por lo que en esta investigación, la relación como tal estuvo en el apego ambivalente y evitativo como se había mencionado anteriormente

con el trastorno límite; todo esto partiendo del historial de apego y la influencia de ello en el desarrollo humano del sujeto participante (Repetur y Quezada, 2005).

Finalmente, aunque hay trabajos que apuntan al diagnóstico y tratamiento del trastorno límite y ese no sea el interés principal en esta investigación, se llega a considerar y a plantear la utilidad e importancia de tener en cuenta el historial del apego con el cuidador primario dentro de la intervención terapéutica, ya que esto puede dar bases y claridad sobre el trastorno, su origen y desarrollo.

## **12. CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta todo este proceso de investigación, se deduce que el historial de apego se puede considerar una nueva forma de abordar los trastornos de personalidad y las problemáticas que de ellos emergen, tal como lo es la adicción, que no es un agente externo sino es una consecuencia de una realidad alterna que se busca.

Desde lo concreto surgieron tres matrices que soportan la deducción global, las cuales indican especificaciones.

Como aportes al desarrollo teórico del tema objeto de estudio, se considera que el consumo de sustancias tóxicas es un punto de partida que surge por la calidad del vínculo que se genere entre el cuidador primario y el bebé; por tanto la existencia de una mala relación se considera un factor de riesgo si la fuente primaria no concede afecto, seguridad y normas. Lo

cual forja en el niño la no internalización de pautas de crianza, impidiéndole apropiarse de conductas que le faciliten la interacción adecuada con el medio ambiente.

Asimismo teniendo en cuenta lo encontrado, desde su historia personal y familiar los tipos de apegos que presenta el sujeto de estudio son evitativo y ambivalente, lo que hace pensar que los mismos influyen en la estructura de personalidad del sujeto la cual se encuentra comprometida ya que se moldeó en un ambiente de carencias en el que se encontraba inmerso, donde vivenció falta de afecto y soledad, de igual manera en su desarrollo impactó de manera negativa el ejemplo de un familiar consumidor, es decir, que las características de la relación interpersonal y la representación mental de otro están dadas por los patrones de apego.

Se deduce desde el análisis del comportamiento límite, que la conducta en el sujeto se caracteriza por la hostilidad hacia su núcleo familiar sin que esto afectara su autocontrol, lo que traduce, ausencia de agresividad en las manifestaciones que hiciera de los episodios de su vida, asimismo, cabe mencionar que en aquellos sujetos donde se evidencia un apego evitativo, se presentan reacciones superficiales posteriores a la infancia e incapacidad para asumir una posición empática, donde posiblemente se exprese una actitud belicosa y agresión (P. Kernberg, 2001).

La impulsividad se evidenció en dos aspectos, primero en la toma de decisiones con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, donde llegó a ser el sujeto un policonsumidor, dado que en la medida que consumía varias sustancias potenciaba el efecto de evadir la realidad que enfrentaba en su momento y segundo en lo que refiere a la elección de su vocación

profesional, puesto que inicio y no culmino sus estudios de artes plásticas como tampoco de diseño grafico, realizando solo primer semestre y desertando en el transcurso de cada una, finalmente, en el tiempo que se realizó la entrevista él comenzó a hacer papeleo para comenzar a estudiar arquitectura.

En cuanto a los factores que se encuentran inmensos en el desarrollo de la personalidad, de acuerdo a lo manifestado por el sujeto, su conducta sexual es pasiva al momento de la entrevista debido a que la adicción solo iba dirigida a las sustancias tóxicas y aunque tuviera claro que el sexo le podía generar placer y beneficio, evitaba involucrarse.

De modo que, también se puede considerar que al no estar establecida la identidad del rol sexual, la capacidad de intimidad y la adaptación heterosexual, el ámbito sexual se encuentre perturbado. La labilidad emocional, se reflejaba en los cambios emotivos que se evidenciaban en el tono de la voz y la fuerza en la mirada al referirse a una determinada persona o situación.

Desde lo metodológico es conveniente indicar que los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR-para el trastorno límite teniendo en cuenta características exclusivamente psicológicas, se pueden evidenciar de acuerdo al historial de apego sin importar los términos que se empleen, esto implica que las orientaciones que este manual ofrece, en un primer momento permiten al investigador enriquecer su intervención por que combina lo psiquiátrico con lo psicológico. De tal forma que le permite al profesional apropiarse del discurso que construye el sujeto de su trayectoria de vida frente a la problemática.

En un segundo momento, ciertamente da una visión restringida de los diferentes trastornos y la gravedad que cada uno pueda poseer dentro del sujeto. Por ende, es conveniente tener en cuenta tanto la perspectiva psiquiátrica como psicológica de forma complementarias para ofrecer un mejor diagnóstico y dar mayores alternativas de intervención, y a su vez, como menciona P. Kernberg, (2001) distinguir los síntomas y rasgos transitorios del desarrollo normal de la sintomatología múltiple y grave del paciente límite.

Finalmente, con esta investigación se demuestra la aplicabilidad que tiene la terapia en la rehabilitación de sujetos consumidores de sustancias ya que le permite fortalecer el proceso de mentalización mencionado frente a la realidad en la que el sujeto está inmerso. Esta intervención otorga elementos con los cuales, para este sujeto específicamente, aprenda a cuestionarse y asumir compromisos para enfrentar su problemática. Asimismo, al tener presente el historial de apego y el tipo de vinculación en un trastorno límite, se puede establecer un mejor diagnóstico y a la vez un tratamiento más sólido y eficaz.

Todo esto se encuentra condicionado por el criterio de realidad que él maneja, porque aunque no tenga claro su problema, no está del todo en el aquí y en el ahora, presentando por periodos de tiempo contradicciones al momento de hilar su propia historia personal. Por consiguiente, se llega a pensar que en el sujeto la conservación de la capacidad para mantener contacto con la realidad se encuentra afectado dado los episodios de regresión y de micropsicosis que presento al momento de la entrevista.

Por otra parte, el sujeto no llegó a adquirir un sentido de identidad como tampoco a desarrollar un pensamiento abstracto, lo cual indica una necesidad inmediata de emancipación, ligado a la autonomía de la familia distorsionando a su vez las percepciones que este tenga sobre ellos, es decir, el realismo que maneja en este ámbito es pobre.

En conclusión, el estilo de vida que Cristian llevaba, era caótica y arriesgada, que incluso estaba atravesada por relaciones inestables e intensas, impulsividad, rabia y alteración en la identidad, donde además la ausencia de circunstancias positivas de la vida, no permitieron el aprendizaje de experiencias nuevas, lo cual hacía que de alguna forma el tiempo para él se detuviera y sus mecanismos de defensa se encontrarán focalizados en la escisión.

### **13. SUGERENCIAS**

A partir de los hallazgos de la investigación se sugiere para los terapeutas quienes deseen seguir con esta línea de tratamiento poseer los conocimientos sobre el tema de apego, con el fin de que se pueda tener una mejor comprensión sobre la problemática que el paciente posee.

Asimismo se considera pertinente para futuras investigaciones tener presente el discurso de los padres sobre el vínculo de apego que se generó con su hijo, ya que en ello se podría visualizar de una mejor forma el trasfondo de la relación que se entabla entre padre e hijo desde temprana edad.

De igual manera, continuar con investigaciones en donde a través del historial de apego se pueda conocer el desarrollo y evolución de los otros trastornos o patologías psicológicas, con el fin de ampliar la visión y comprensión de cada uno en el ejercicio interventivo.

## **14. APORTES, ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **14.1. Aportes a la disciplina y al proyecto de investigación docente**

La investigación aporta a la disciplina en cuanto a que el tema que se aborda, en el país no se ha estudiado como tal y además al ser netamente investigativa servirá de apoyo para los tratamientos futuros de pacientes límite o con problemas de consumo de sustancias, ampliando la visión de la problemática y considerando otro posible origen del mismo. Al proyecto docente, planteando una nueva comprensión sobre el objeto de estudio desde diferentes perspectivas.

Y de acuerdo con los antecedentes recopilados, exponer estos ante la comunidad académica de tal forma que ofrezcan nuevas y diversas perspectivas sobre investigaciones que tal vez para muchos sean desconocidas desde diferentes áreas de interés.

### **14. 2. Aportes al participante y a la institución**

El aporte que hace la investigación al participante, es el tener una mejor comprensión sobre su problemática y de cómo es analizada desde afuera. Mientras que el aporte a la

institución, se encuentra en proponer un nuevo aspecto para tener en cuenta en el tratamiento de los usuarios que se encuentran allí internos.

### **14.3. Aportes a la psicóloga investigadora en formación**

El aporte para mí como psicóloga investigadora en formación, fue el llegar a cimentar mejor conocimientos que no llegaba a tener claros y a su vez abrirme ante una realidad que no llega a ser del todo explorada como son los trastornos de personalidad relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

### **14.5. Alcances y Limitaciones**

El alcance de este ejercicio investigativo se encuentra en poder proponer otra herramienta teórica útil, en donde el profesional al momento interventivo, pueda apoyarse para tener una visión más amplia de la persona que tiene enfrente, sea paciente, consultante o analizado.

La limitación que se tuvo como investigadora, se encuentra primero en relación con el entrevistado, ya que tanto al momento de la entrevista como en el análisis de la información se presentaron dificultades para comprenderle y seguir el hilo de lo que este quería decir. Y segundo, con desarrollo del tema dado que había elementos que llegaban a tocar mi historia personal bloqueando de alguna forma el desarrollo de la investigación.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, M.(1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*. 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. y Bell, S. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval (Comp.). *Lecturas de Psicología del Niño. 1*. Madrid: Alianza.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Ávila, D. (2002). La teoría del apego y la constitución interrelacional del sujeto: una mirada crítica a la constitución, desarrollo y aplicación de la teoría. *Psychikós*. Recuperado de: <http://psicologias.uprrp.edu/rol1-1/rol1-1-articulos-2.htm>
- Barranco, A., Barranco, P. y Barranco, F. (2005). El Psicoanálisis ¿Qué tipo de ciencia es?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 25, 93-111.
- Becoña, L., Cortés, M., et al (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid: Socidrogalcohol.

- Berger, K. (2004). *Psicología y Desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Médica Panamericana S.A.
- Bernal, H. (2008). La magia de la palabra: Psicoanálisis y psicoterapia. *Revista Electrónica de Psicología Social <<Poiésis>>FUNLAM*. 16, 1-8.
- Beuchot, M. (1984). *Hermenéutica y Psicoanálisis*. México: Departamento de Filosofía Universidad Iberoamericana.
- Bleichmar, N. y Bleichmar C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud, teoría y clínica*. México: Paidós.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980<sup>a</sup>). *Attachment and loss, III. Loss: sadness and depression*. London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1990). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bourbeau, L., Dile, M., Elnick, A. y Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 6, 1656-1669.

- Caballo, V. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: Controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, 5, 31-55.
- Castro, E. (2010). El estudio de casos como metodología de investigación y su importancia en la dirección y administración de empresas. *Revista Nacional de Administración*. 2, 31-54.
- Cifuentes, R. 2011. *Diseño de Proyectos de Investigación Cualitativa*. Argentina: Noveduc.
- Corchero, M.; Balés, C.; Oliva, C. y Puig, C. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *C. Med. Psicosom.*103, 55-64.
- Cuervas, C. y López, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 1, 97-114.
- De Lucas, M. y Montañes, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*. 18, 377-386.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton
- Escribano, N. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, Copyright ©InstitutoInNiS, 1, 4-20.

Fernández, S. (1999). Epistemología y psicoanálisis. ¿Ciencia, hermenéutica o ética?. *Cinta Moebio*. 5, 64-71.

Fernández, M. (2002). Teoría del apego y psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 33/34, 5-34.

Ferrater, J. (1965) *Diccionario de Filosofía*. 5 Bs. Aire: El Ateneo.

Ferrer, M., Prat, M., Calvo, N., Andión, O. y Casas, M. (2013). Prevención del trastorno límite de la personalidad del adulto: Tratamiento de los adolescentes con síntomas límites. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y Adolescente*. 22, 65-70.

Flick, U. (2012). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. España: Morata

Fonagy, P. (1982) The integration of psychoanalysis and experimental science: a review. *Int. Rev. Psycho-Anal.* 9, 125-145.

Fonagy, P. y Mendiola, M. (2001). Teoría del apego y psicoanálisis. *Aperturas Psicoanalíticas Revista Internacional de Psicoanálisis*. 20.

Fonagy, P. (2004) *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona: SPAXS. S.A.

Freud, S. (1938). Esquema del psicoanálisis. *In obras completa*. 13, 1-132.

Fundación Aprender a Vivir (2004). *Manual Administrativo e Institucional*. Bogotá: Fundación Aprender a Vivir.

Galán, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 30 (108), 581-595.

García de la Hoz, A. (2001). *Teoría Psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

García, M., Martín, M. y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 30 (106), 263-278.

Garzón, C. (2011). Hermenéutica y psicoanálisis. Recuperado de:

<http://carloselectazargarzon.com.ar/?p=34>.

Jarne, A., Talam, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC

Jiménez, J., Pérez, M., Rivera, C., Medina, L., Munuera, V. y Sánchez, M. (2010). El trastorno límite de la personalidad: La filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. *Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería.* 20. Recuperado de: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/28792/1/El%20trastorno%20l%C3%ADmite%20de%20personalidad.%20La%20filosof%C3%ADa%20dial%C3%A9ctica%20como%20base%20de%20la%20interacci%C3%B3n%20enfermero%20paciente.pdf>

Kernberg, O. (1988). Seminario. *Diagnóstico Diferencial de la Patología del Carácter y Personalidad Limítrofe. Técnicas Psicoterapéuticas.*

Kernberg, O. (1992) *Trastornos Graves de Personalidad.* México: Manual Moderno.

Kernberg, O. (2001). *Desordenes Fronterizos, Narcisismo Patológico.* Barcelona: Paidós

Kernberg, P. (2001). *Trastornos de Personalidad en Niños y Adolescentes.* México:Manual Moderno

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis* 27: 99-110.

Klimovsky, G. (1986). Ciencia y anticencia en psicología. *Opiniones sobre la psicología.* 13-48.

Kolteniuk, M. (1976). *El carácter científico del psicoanálisis.* México: FCE

Lafuente, M.J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo (de la década de los 70 a la de los 80). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 165-190

Ley 1566 del 31 de Julio del 2012. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional

“entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”. (2012).

Ley 30 de 1986. Por la cual se adopta el estatuto nacional de estupefacientes y se dictan otras disposiciones. (1986). Recuperada de:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774>

MacDonald, K., Berlow, R. y Thomas, M. (2013). Attachment, affective temperament, and personality disorders: A study of their relationships in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*. 151, 932–941

Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.

Mantilla, M. (2011). Manejo y expresión del cuerpo en el caso del trastorno límite de la personalidad: el cuerpo como objeto de prácticas psiquiátricas. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. 6, 20-32.

Martinez, P. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*. 20, 165-193.

- Mosquera, D.; González, A. y Van der Hard, O. (2011). Trastorno límite de la personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *FUNDAP ex – IAEPD.11 (1)*, 10-40.
- Mosquera, D. y González, A. (2013). Del apego temprano a lo síntomas del trastorno límite de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 3*, 1-34.
- Murillo, G. (2003). Capítulo 1. Aspectos históricos y psicopatológicos de los conceptos de personalidad normal y anormal. En R. Riquelme & A. Oksenberg (Eds.), *Trastornos de Personalidad. Hacia una Mirada Integral*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L. y Westen, D. (2002). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 41*, 1111-1123.
- New, A., Triebwasser, J. y Charney, D. (2008). The case for shifting borderline personality disorder to axis I. *Biol Psychiatry. 64(8)*:653-659
- Palacio, M. (2007). *Esencia de la Moralidad. Módulos de ética No 2*. Bogotá: Usta.
- Pérez Del Rio, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas adicciones: ¿adicciones nuevas?.* Guadalajara: Intermedio Ediciones.

- Pérez, G. (1998). *Investigación Cualitativa Retos e Interrogantes. I Métodos*. Madrid: LA Muralla.
- Peter, N. (2008). *El niño abandonad. Guía para el tratamiento de los trastornos de apego*. Barcelona: Editorial Gedisa. S. A.
- Repetur, K. y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*. 6 (11), 2-15.
- Ricoeur, P. (2002). *Freud: Una Interpretación de la Cultura*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Ricoeur, P. (2003<sup>a</sup>). El conflicto de las interpretaciones. *Ensayos de Hermenéutica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Riquelme, R. (2003). Hacia una nosología integrada de los trastornos de personalidad y el espectro limítrofe. En R. Riquelme & A. Oksenberg (Eds.), *Trastornos de Personalidad. Hacia una Mirada Integral*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Rodríguez, V. (2005). Personalidad fronteriza, límite o “Borderline”: características etiopatogénicas, diagnósticas y evolutivas. En P.M. González (Ed.). *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Oviedo: Goymar S.A.

- Sánchez, S. y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*. 10, 21-32.
- Sanchis, F. (2008). Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes. Recuperado de: [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9262/Primera\\_parte\\_MARCO\\_TEORICO.pdf;jsessionid=5403D683DFB238B770BA719B31C3E897.tdx2?sequence=6](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9262/Primera_parte_MARCO_TEORICO.pdf;jsessionid=5403D683DFB238B770BA719B31C3E897.tdx2?sequence=6)
- Savage, J. (2014). The association between attachment, parental bonds and physically aggressive and violent behavior: A comprehensive review. *Aggression and Violent Behavior*. 19, 164–178
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. México: Ediciones Paraninfo, S.A.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudios de casos*. Madrid: Ediciones Morata S.A.
- Sociedad Colombia de Psicoanálisis (s.f) *¿Qué es y para qué sirve el psicoanálisis*). Recuperado de [www.socolpsi.org/elpsicoanalisis.html](http://www.socolpsi.org/elpsicoanalisis.html)
- Timmerman, I. y Emmelkamp, P. (2005). The relationship between attachment styles and Cluster B personality disorders in prisoners and forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*. 29, 48–56

- Tovar, D. (2010). Estudio de caso en una mujer adulta con una estructura límite de la personalidad: un abordaje desde la perspectiva psicodinámica. *Revista Pensando Psicología*. 6 (11), 29-38.
- Waelder, R. (1960). Psychoanalysis, scientific method and philosophy. *J.Amer. Psychoanal.* 10, 617-637.
- Winnicott, D. W. (1965). *La integración del yo en el desarrollo del niño*. En: “*Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*”. Paidós: Argentina
- Yañez, R. (1978). *Epistemología de la psicología*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Zabala, X. (2007). ¿Un psicoanálisis hermenéutico?. *Revista de Psicología*.16, 1. Recuperado de: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/18469/19506>