

ESTUDIO DE CASO: PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO EN PACIENTE CON ORGANIZACIÓN FRONTERIZA Y TRASTORNO DISTIMICO

Aurora Sierra Canto

Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
arosierra@gmail.com

Reynaldo Isidro Palomo Mena

Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

El objetivo de la presente investigación es describir el proceso de psicodiagnóstico clínico que se le realizó a "Mauris" y determinar el diagnóstico psicodinámico de la patología del carácter, según la clasificación propuesta por Kernberg, y el diagnóstico de un trastorno clínico descrito según el DSM-IV-TR, utilizando instrumentos proyectivos y estadísticos con la finalidad de proporcionar un pronóstico y sugerencias para el abordaje clínico. Se realizó una investigación cualitativa, tipo estudio de caso instrumental, el cual proporciona un análisis de la particularidad y de la complejidad de un caso y examina elementos de conocimiento para ampliar el campo de investigación teórico y práctico. El pronóstico del examinado es reservado, pues se requiere de una ardua y prolongada labor terapéutica para estructurar la precaria identidad del yo y contrarrestar los efectos del Super-Yo sádico, exigente y punitivo.

Palabras Clave, Psicodiagnóstico, Trastorno fronterizo de la personalidad, Trastorno distímico.

Abstract

The purpose of this investigation is to describe the process of the clinical psychodiagnosis that was made to "Mauris" and to determine that pathology character of the psychodynamic diagnosis, according to the classification proposed by Kernberg, and the described diagnosis of a clinical disorder according to the DSM-IV-TR, using statistics and projective instruments in order to provide suggestions of the clinic approach. A qualitative study was conducted, the instrumental type use in this case, which provides an analysis of particularity and complexity of a case and examines elements of knowledge to expand the field of theoretical and practical research. The prognosis of the examined person is uncertain, because he requires an arduous and prolonged therapeutic work to structure the precarious identity of the self and counteract the sadistic, demanding and punitive super-ego effect.

Keywords, Psychological diagnosis, Borderline personality disorder, Dysthymic disorder.

El presente estudio de caso tiene como objetivo describir el proceso de psicodiagnóstico clínico realizado a un paciente al cual se le diagnosticó una organización fronteriza el cual además presenta un trastorno distímico. El psicodiagnóstico clínico de orientación psicodinámica es el método más

indicado para la comprensión de la organización intrapsíquica y la estructura de personalidad, así como para realizar el diagnóstico de las patologías del carácter propuestas por Otto Kernberg. La dificultad del diagnóstico de este tipo de patología, aunado a la comorbilidad de trastornos clínicos descritos por los manuales de los trastornos mentales, hacen indispensable la aplicación de técnicas complementarias que brinden la posibilidad de establecer un diagnóstico más preciso y completo, con la intención de ofrecer las mejores alternativas de tratamiento para el paciente. Por tal motivo, en el presente trabajo se ofrecen dos tipos de diagnósticos que resultan ser complementarios, uno de tipo psicodinámico basado principalmente en la propuesta de Kernberg, y otro nosológico basado de la evaluación multiaxial propuesta en el DSM-IV-TR.

El estudio de caso presenta un psicodiagnóstico psicodinámico clínico, para analizar el caso del paciente de nombre Mauris. Durante el desarrollo de este estudio se realizaron el diagnóstico, pronóstico y las alternativas de tratamiento para el paciente. El motivo por el cual este paciente asiste al clínico es porque la madre a través de la empresa en la que labora el paciente, donde ella es accionista, ha solicitado la investigación psicodiagnóstica para conocer el estado psíquico y emocional de su hijo, ya que presenta una serie de conflictos familiares y laborales. Por su parte Mauris decide asistir al proceso psicodiagnóstico para que al término de éste, los directivos de la empresa puedan determinar en que área o departamento podría desempeñarse laboralmente.

Muchas de las patologías del carácter dan como resultado una variedad de conflictos que impactan en diferentes ámbitos de la vida de los sujetos que las padecen. Estos conflictos muchas veces se complejizan y llegan a formar verdaderos trastornos clínicos que requieren de la intervención de un profesional. La gran mayoría de estos pacientes no identifican claramente los signos de su patología y son otros quienes identifican los síntomas, siendo las personas más allegadas al paciente quienes incentivan al mismo a buscar ayuda profesional. Este origen de la búsqueda de ayuda, sin una conciencia plena de enfermedad, dificulta la intervención y las posibilidades del tratamiento exitoso.

Según el DSM-IV las características principales del trastorno distímico son los sentimientos de inadecuación, culpa, irritabilidad e ira, aislamiento social, pérdida de interés y descenso de la actividad y productividad. Es importante resaltar las estadísticas que ponen de manifiesto la necesidad de detectar y atender a tiempo este trastorno. En la población este trastorno oscila entre un 3 y un 5% de la misma. Se diagnostica en un tercio a la mitad de los pacientes de clínicas psiquiátricas. Además coexiste comúnmente con otros trastornos mentales, especialmente el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias y, probablemente el trastorno límite de la personalidad. Generalmente comienza al inicio de la vida adulta y evoluciona a lo largo de varios años.

En la actualidad, en nuestro contexto existen pocos estudios sobre el diagnóstico de las patologías del carácter y su relación con trastornos clínicos descritos por manuales nosológicos.

Este estudio permite conocer el pronóstico de bienestar psicológico para el paciente y plantear alternativas con sugerencias de tratamiento.

Los objetivos del presente es describir el proceso de psicodiagnóstico clínico que se le realizó a “Mauris” y determinar el diagnóstico psicodinámico de la patología del carácter, según la clasificación propuesta por Kernberg, y el diagnóstico de un trastorno clínico descrito según el DSM-IV- TR, utilizando instrumentos proyectivos y estadísticos con la finalidad de proporcionar un pronóstico y sugerencias para el abordaje clínico.

El presente estudio de caso se considera relevante no solamente por el modelo de abordaje para el diagnóstico ni por la importancia de los trastornos distímicos en pacientes limítrofes, sino porque el principal eje motivador es ayudar a concientizar al paciente “Mauris” sobre su diagnóstico y las sugerencias de intervención que tiene, para mejorar su salud mental.

Resulta relevante destacar que la practicidad de la propuesta por Kernberg es innegable ya que establece los criterios para el diagnóstico de las ya mencionadas patologías, así mismo, la técnica propuesta en la entrevista diagnóstica se encuentra estructurada y con mucha facilidad puede ser aplicada y utilizada para indagar en el psiquismo del paciente en el ámbito clínico.

Los resultados de esta investigación son verdaderos en función específica para el individuo que se estudió; por la naturaleza del estudio de caso no es posible hacer inferencias ni generalizaciones entre otras personas o poblaciones.

Método:

En el desempeño del trabajo profesional del psicólogo uno de los pilares que sostienen su labor clínica son la evaluación y en este caso el psicodiagnóstico, a través del estudio de caso se puede tener un proceso estructurado que guíe la realización de una investigación para obtener los datos que satisfagan el objetivo del estudio con la finalidad de ayudar al paciente a comprender su situación de vida y proponerle alternativas de tratamiento.

La opción metodológica empleada en la presente investigación cualitativa es el Estudio de Caso de tipo instrumental el cual proporciona no sólo un análisis de la particularidad y de la complejidad de un caso, sino que además examina elementos de conocimiento para ampliar el campo de investigación teórico y práctico.

El presente estudio de caso fue realizado en la ciudad de Mérida, Yucatán, en el año 2009 en el paciente, al que por motivos de confidencialidad, se denominará “Mauris”, en quien se realizó el proceso psicodiagnóstico en un consultorio privado ubicado en la colonia García Ginerés de la ya mencionada ciudad. El estudio de caso se efectuó en un período de 4 semanas, en las cuales se realizaron en total 6 sesiones psicodiagnósticas.

Participante

En esta investigación se utilizó una muestra no probabilística, en la cual, se seleccionó por conveniencia a un paciente joven de 26 años de edad, nacido

en la ciudad de Mérida, Yucatán, soltero, quien en el momento del estudio manifestó ser empleado de una biblioteca perteneciente a la empresa de su familia, empresa dedicada a los medios impresos de comunicación e información masiva. La escolaridad alcanzada por el paciente es de nivel medio superior, el nivel socioeconómico, según él mismo refiere, es de clase alta y profesa la religión católica.

El encuadre y la entrevista inicial se realizaron al principio de toda la investigación determinando las condiciones del proceso psicodiagnóstico y obteniendo el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso.

Técnicas de recolección de datos

La documentación de estudio, evaluaciones, registros, entrevistas, observaciones directas y pruebas psicométricas y proyectivas, fueron los recursos con los que el estudio de caso cuenta para obtener evidencia relevante que permite una investigación a profundidad. El psicodiagnóstico es un procedimiento técnico y metodológico en el que se utilizan los recursos antes mencionados, incluso y siguiendo a Elsa Grassano (2006), podríamos decir que el psicodiagnóstico en sí mismo es una investigación cuyo tipo de estudio es el modelo de estudio de caso. Se utilizaron las siguientes técnicas:

- a) Entrevista estructural (propuesta por Otto Kernberg)
- b) Observación
- c) Ficha clínica
- d) Técnicas proyectivas: test árbol, casa y persona (HTP), test de la persona bajo la lluvia, test del dibujo de la familia, test de completamiento de dibujos de Wartegg, cuestionario desiderativo
- e) Escala de la evaluación de la actividad global (EEAG)

Procedimiento para la recolección de información

El estudio de caso se realizó al paciente "Mauris" durante el transcurso de un proceso psicodiagnóstico compuesto por 6 sesiones con una duración de 50 minutos cada una de ellas, una sesión a la semana como determinante de la frecuencia. El proceso de diagnóstico total duró 6 semanas.

En la primera sesión se realizó una entrevista semiestructurada con el modelo de entrevista estructural de Otto Kenberg. Todo lo anterior con la intención de establecer el motivo de consulta, elaborar la historia clínica e historia personal (anamnesis). Asimismo, se explicó al paciente la metodología de trabajo, el encuadre psicodiagnóstico, los objetivos y limitaciones del proceso. Durante y al término de la entrevista inicial se registraron los datos obtenidos en la ficha clínica y se evaluó la actividad global del paciente Mauris.

En la segunda, tercera, cuarta y quinta sesión se aplicaron los instrumentos proyectivos test árbol, casa y persona (HTP), test de la persona bajo la lluvia, test del dibujo de la familia, test de completamiento de dibujos de Wartegg y el cuestionario desiderativo. Las interpretaciones de las pruebas se realizaron en los periodos intermedios entre sesiones. Al término de la quinta sesión se procedió a integrar los resultados encontrados y redactar el informe

psicológico para ser entregado al paciente en la sesión de devolución. La sexta sesión se estableció como sesión de devolución, en la cual se le informó al paciente los hallazgos fundamentales de las entrevistas y pruebas realizadas, así como el diagnóstico y las alternativas de tratamiento.

Procedimiento para el análisis de los resultados

Se realizó un análisis extenso y detallado de los datos e información recogida en las entrevistas e instrumentos proyectivos y psicométricos, integrando estos con el análisis del comportamiento del paciente durante las sesiones y el análisis de la contratransferencia. Para el análisis de resultados se llevó a cabo: 1) una lectura a profundidad de la información recogida, 2) la identificación de la información relevante según el objetivo del estudio, 3) la organización y establecimiento de las diferentes fuentes de información, 4) una comparación y discusión de los datos obtenidos, 5) la articulación en una lógica general de los datos relevantes para el estudio y discusión de las interpretaciones de sus relaciones y significados para la investigación, y 6) finalmente, la redacción del informe concluyente con los hallazgos y recomendaciones del caso.

Resultados

Se presentan a continuación los resultados y datos obtenidos en el proceso de diagnóstico realizado a Mauris, que consta de la ficha clínica, una breve descripción de la historia clínica, la evaluación diagnóstica (integración psicodinámica) a partir de las pruebas que se le aplicaron y la evaluación multiaxial.

Ficha clínica

Nombre "Mauris", se le ha asignado para guardar la confidencialidad del paciente.

Sexo: masculino Edad: 26 años fecha de nacimiento: 14/06/83 Estado civil: Soltero Escolaridad: Bachillerato Religión: Católica Empleo: Ayudante de biblioteca

El padre de Mauris tenía 53 años cuando falleció de un infarto y era el administrador y socio de una empresa importante. La madre de Mauris tiene 60 años, vive con él y es ama de casa. Tiene 3 hermanas, Verónica 39 (Srta. Consagrada), Mariana de 34 años y Diana de 31 años (Ambas amas de casa).

Mauris es un hombre joven de aproximadamente 1.70 m., de piel blanca, cabello ensortijado de color castaño claro, ojos claros (utiliza lentes para compensar dificultades visuales), de complexión delgada, tiene un defecto en el párpado izquierdo, su expresión verbal está acompañada de un seseo característico y cierta dificultad para articular palabras, su discurso es poco fluido (entrecortado), presenta dificultades a nivel de motricidad fina (escritura y trazos precisos) y gruesa (caminar lento y un tanto dificultoso, tendencia a desplazar el cuerpo hacia adelante), aparentemente estas dificultades están relacionadas con un problema neurológico producto de un parto distócico (tarda

en nacer, hay sufrimiento fetal e hipoxia), parecería ser un sujeto de menor edad a la correspondiente con su edad cronológica, no mantiene el contacto visual directo, sus expresiones faciales indican nerviosismo, frecuentemente se toma del pelo, las manos son muy expresivas, con muchos movimientos, pero acordes a la manifestación emocional del discurso.

El motivo por el cual este paciente asiste al clínico es porque la madre a través de la empresa en la que labora el paciente, donde ella es accionista, ha solicitado la investigación psicodiagnóstica para conocer el estado psíquico y emocional de su hijo, ya que presenta una serie de conflictos familiares y laborales. Por su parte Mauris decide asistir al proceso psicodiagnóstico para que al término de éste, los directivos de la empresa puedan determinar en que área o departamento podría desempeñarse laboralmente.

Historia clínica

Mauris indica haber sido un hijo deseado y planeado con la “esperanza”, por parte de sus padres, de que naciera un varón, después de concebir 3 mujeres de manera sucesiva. Durante la labor de parto existieron complicaciones que causaron lesiones a nivel neurológico manifestándose actualmente en dificultades motrices finas y gruesas. La problemática principal durante su nacimiento se debió a que el médico encargado en atender el parto no llegaba, él “estaba listo para salir” pero ante la ausencia del médico le solicitaron a su madre “aguantar” y no iniciar con la labor de parto, esto produjo que permaneciera por más tiempo del indicado en el útero, ocasionando falta de oxígeno y sufrimiento fetal. Al mes posterior a su nacimiento recibió una intervención donde le enyesan ambas piernas, del mismo modo, recibió múltiples valoraciones con distintos especialistas los cuales pronosticaron dificultades en el desarrollo físico a mediano y largo plazo. No presenta gateo, es mantenido en brazos hasta que aprende a caminar, al respecto refiere: “fui muy apapachado, pero eso sí, caminé sin gatear”. Tiene malformaciones en los dedos del pie izquierdo lo que complica su andar. Otra dificultad médica que presentó en los primeros años de infancia fue un cuadro de bronquitis severa el cual puso en riesgo su vida, al recordar este evento señala “casi me muero”. Durante la primera infancia fue intervenido en dos ocasiones por estrabismo y una para resolver el problema de parpado caído en el ojo izquierdo.

Su niñez la considera feliz, a pesar de las problemáticas médicas, a sus padres los percibe como amorosos, haciendo todo lo posible para que él tuviera las mejores atenciones. En su opinión fue “muy consentido”.

Durante el período escolar de la formación básica comenzó a presentar dificultades conductuales relacionadas con agresión hacia sus compañeros de escuela: “le pegaba a niños de la escuela” “agredía al que tenía éxito, sacan mi yo negro”, aunado a esto los docentes lo consideraban distraído y poco aplicado para las actividades académicas, por lo que sus padres deciden llevarlo a consulta psicológica y posteriormente a tratamiento para resolver la problemática conductual, a este respecto señala de manera despectiva: “mis padres creían todo de los psicólogos”, lo que parecería indicar su descontento con la decisión tomada por sus padres y por la experiencia vivida. A la par del

tratamiento psicológico recibió tratamiento psicomotriz del cual fue dado de alta a los 12 años.

Al llegar a la adolescencia se presentan dos experiencias que considera muy significativas. A la edad de 13 años fue enviado a Overbrook, Estados Unidos, para realizar sus estudios de nivel medio (secundaria), su hermana Diana había realizado sus estudios allí y los padres de Manuel pensaron que la experiencia sería de utilidad para que él pueda lograr valerse por sí mismo y alcanzar la madurez. Los estudios nunca serían terminados, el examinado refiere que el motivo de que esto fuera así se debió a que no poseía una “disciplina” para el estudio y su desempeño fue “mediocre”, ante esta situación toma la decisión de regresar a Mérida. A su regreso, después de casi un año y medio de residir en Overbrook, se presenta un acontecimiento totalmente inesperado para el examinado y su familia, su padre muere de un infarto cardiaco, experiencia que considera “traumática”, refiere: “fue muy duro para mí”, intenta manejar el sufrimiento con negación: “no lo creía, no lo podía creer”, y se establece un duelo que duró “3 años” hasta su resolución. El fallecimiento de su padre produjo desequilibrio a nivel emocional, manifestándose en el ámbito escolar, “no tenía ganas de estudiar”, y en las relaciones familiares, “me volví rebelde y me peleaba con mi mamá”.

Historia del contexto familiar:

“Mauris” es el hijo menor y único varón de una familia de nivel socioeconómico alto, su padre proviene de una prestigiosa y reconocida familia de empresarios cuyos negocios se relacionan con los medios impresos de comunicación, una familia con importancia a nivel político y social en el estado de Yucatán.

Su madre, también proviene de una familia de estrato socioeconómico alto, poseedora de buena posición social. Durante su infancia recuerda un ambiente familiar exigente, pero en el que recibió mucho afecto. La relación con su padre era buena, lo consideraba duro, estricto, en ocasiones “rudo”, pero “lo quería mucho”. Su madre es percibida de manera ambivalente, por un lado más estricta que el padre y por otro lado “buena, noble y cariñosa”. Respecto a la relación con su madre señala: “actualmente nos llevamos bien”, pero en el período de la adolescencia la relación no era buena, él se negaba a seguir las indicaciones de ella y esto produjo muchos conflictos.

Expresa tener buena relación con sus 3 hermanas. “María” y “Dione”, segunda y tercera hija, viven en sus respectivos hogares con sus hijos y esposos, “Valentina” a la mayor dejó los hábitos, pues era señorita consagrada, y se dedicó a apoyar en las labores domésticas. Actualmente el examinado vive con su madre y hermana “Valentina”.

Percibe a su familia como restrictiva, prohibitiva y religiosa. En ocasiones desconfía de su madre a la que no le gusta contarle las cosas que le pasan. El ingreso a la empresa donde actualmente labora fue propuesto y estimulado por su madre en colaboración con su primo Charlie, directivo de la empresa, éste último le sugirió experimentar por un breve periodo las labores de cada uno de los distintos departamentos de la empresa y que al final de esto “Mauris” sugiriera cual era el que más le había gustado para asignarle un lugar en dicho departamento. En este tránsito por la empresa familiar llegó a interesarse por el

departamento de “Redacción”, pero anuló la posibilidad al “no poseer habilidades para ese trabajo”. Su primo le ofrece un lugar en la “Fundación” como auxiliar o asistente en un área administrativa, manifiesta: “el puesto fue creado para mí”. Esa labor se ve interrumpida por dificultades con su superior lo que produjo un cambio de puesto y fue reubicado en la biblioteca de la “Fundación”. Al preguntarle por las dificultades que ocasionaron el cambio de puesto expresa lo siguiente: “no hacia mi esfuerzo, era irresponsable, no entregaba las cosas y me aburría, sabía que no podían hacerme nada pues soy el dueño”.

La relación con sus primos, quienes poseen altos puestos en la empresa familiar, es ambivalente, los admira, idealiza, envidia y rivaliza con ellos.

Situación actual:

“Mauris” presenta dificultades en los ámbitos familiar, laboral y social, dice estar inconforme con el trabajo que tiene, estar “harto” de su situación familiar y no tener una vida social satisfactoria. Vive con su madre y hermana mayor, de esta última refiere: “siento que me manipula, es como un gendarme, es estricta, perfeccionista, pero sabe más que yo, sabe lo que quiere”.

Una de las problemáticas que vivencia en el ámbito familiar es la que él denomina como una “constante supervisión” por parte de su madre y hermana Verónica, dicha situación le produce enojo: “estoy harto de las viejas, en mi casa, puras viejas, todo el tiempo me dicen qué hacer, cuándo hacerlo, me enoja, soy su bebito. Pero el que tiene que reaccionar soy yo, vivir mi vida no las de ellas”. Un conflicto manifiesto es el de dependencia-independencia, se reprocha que a su edad aún dependa de su madre.

Tanto su trabajo anterior como el que actualmente realiza son considerados insatisfactorios, manifiesta abiertamente su inconformidad con la labor que desempeña en la biblioteca. Esta situación laboral también ha ocasionado dificultades a nivel familiar: “llego molesto a la casa, he peleado con mi mamá, le grito, grito, cuando ya no puedo más me pongo a gritar en donde esté, en mi casa, en la calle, en el trabajo, he roto cosas en mi cuarto y en la casa, en una ocasión le aventé el carro a mi hermana”; así mismo, presenta síntomas como tristeza, fatiga, desgano e irritabilidad, al preguntarle por el tiempo en el cual se han manifestado estos síntomas señala que desde la muerte de su padre los ha experimentado a veces con mayor frecuencia e intensidad pero casi a diario.

En el plano social indica no convivir con gente fuera de su núcleo familiar, problemas para relacionarse con los demás, las relaciones con otros no parecen ser un factor importante en su vida y hay poco interés por buscar la interacción con personas ajenas a su familia. Tiende a ser desconfiado y piensa que muchas personas sólo lo aceptan por interés y no por verdadero afecto. Casi no sale de su casa y cuando lo hace normalmente es para acudir a reuniones familiares o sociales las cuales le resultan poco placenteras. De las actividades que disfruta se encuentran: el Tae Know Do y visitar a un tío abuelo durante los fines de semana “con el puedo hablar cosas de hombres”. No ha tenido relaciones sentimentales, sus enamoramientos son fugaces, y a pesar de desear tener “a alguien” no se atreve a acercarse a las mujeres que le

gustan pues piensa que en su situación de vida actual ninguna mujer se fijaría en él. Señala dificultad para expresar los afectos, se describe como tímido, retraído, inseguro y ansioso.

Manifiesta desconocer lo que quiere hacer de su vida, sus intereses o aspiraciones vocacionales son poco claros, sin embargo, señala estar en la búsqueda de una carrera pues le gustaría realizar estudios de nivel superior. Se siente “un caos”, incapaz de tomar sus propias decisiones, duda sobre sus capacidades y habilidades. Reniega de su condición física y emocional, ha comenzado a tener dudas de tipo existencial, se cuestiona sobre la importancia de su vida y el sentido de ésta, manifiesta sentir un vacío “como si algo faltará”, aparecen ideaciones respecto a la muerte pero señala que no sería capaz de suicidarse porque eso le causaría “mucho daño a su madre”.

Evaluación Diagnostica

“Mauris” presenta inestabilidad en la percepción de sí mismo y tiene dificultad para mantener relaciones interpersonales con sujetos externos al núcleo familiar del cual, en apariencia, depende considerablemente. Los estados de ánimo parecerían ser inconstantes y su sentido de la realidad es percibido en términos de “blanco y negro”, “todo o nada”. Su edad cronológica no parece coincidir con la mental, más bien sus conductas tienden a ser infantiles con poca integración emocional y pobre estructura yoica lo que permite la aparición de comportamientos impulsivos parecidos a berrinches, así como una inconstancia en sus actividades cotidianas.

Pierde fácilmente los límites del yo, la poca integración del yo y el pobre concepto de sí mismo lo vuelven dependiente de figuras externas que idealiza y que inviste con las características de amor, autoridad y poder, símbolos externos de seguridad, recursos que los objetos internos no pueden ofrecerle y que son encontrados en el exterior, pero al mismo tiempo rivaliza con ellas, las envidia y agrede. Al tener el yo límites tan desdibujados requiere de la presencia del otro para configurar cierto grado de identidad. Si bien la familia ha realizado un buen trabajo de contención proporcionando sostén y una estructura formal (límites) a la aparente organización interna “caótica”, es importante destacar que él vive la imposición de estos límites como una agresión a su libertad y a lo que es esencial de su persona. Los valores católicos que dice poseer realizan la misma labor, donde la ley proveniente de la figura paterna podrían fungir como el soporte omnipotente del precario yo. Sin embargo, la ambivalencia entre los núcleos superyoicos en pugna constante (masoquismo) lo inducen a reacciones culpógenas y de autoreproche por las fantasías agresivas y sexuales. Sus manifestaciones supuestamente altruistas son ideaciones conscientes que niegan las pulsiones sádicas contra los padres.

La escisión del Superyó se observa en las variaciones de los estados de ánimo que oscilan entre la tristeza y el enojo. Tiende a presentar pensamientos de auto-desvalorización relacionados con su condición corporal y dificultades para tolerar la frustración sobre todo en el ámbito intelectual. Los síntomas de tristeza, irritabilidad, las conductas impulsivas y sus relaciones claramente ambivalentes confirma la tendencia de los impulsos instintivos a infiltrarse en

sus defensas (las cuales fracasan), agobiando a su frágil Yo, por una parte con las exigencias contradictorias de los núcleos sádicos y prohibitivos del Superyó y, por la otra, con las demandas de los impulsos instintivos.

Existen serios estados confucionales, que son producto de un trauma al momento del nacimiento, la confusión que existe entre su necesidad de nacer y la retención que la madre hace de él indica un ambiente ambivalente que no quiere verlo nacer y que al mismo tiempo lo desea, esto se percibe como hostilidad que activa la angustia del bebé y lo lleva a un estado de asfixia (hipoxia), no sólo física sino psíquica.

La reacción de los padres ante las lesiones que el parto dejó en Mauris es sobrecompensatoria, pero que parecería ser más una sobreprotección e intentos de negación que expresiones afectivas contenedoras y facilitadoras de la asimilación de las consecuencias de su situación física y psíquica.

Las exigencias (fantasías) familiares indican que Mauris debía ser el continuador del linaje, ser hijo varón que perpetuara el éxito familiar. Sin embargo, esto no fue así, produciéndose en él profunda ambivalencia emocional. Es importante destacar que quizá dichas exigencias familiares nunca fueron expresadas directamente al examinado, pero de algún modo a nivel inconsciente la fantasía se instaló, esto se evidencia en sus aspiraciones intelectuales, en su deseo por ser reconocido, ser capaz de competir con sus iguales, que se interpreta como competir con mi padre y primos, ser capaz de continuar con esa herencia que su padre había portado con aparente éxito y que al contacto con la realidad le resultan insostenibles. A la muerte de su padre, Mauris no solo se deprime por la pérdida, sino por la imposibilidad de cumplir las demandas paternas, por sentirse incapaz de ocupar el lugar que su padre deja, por la sensación de indefensión respecto a sus capacidades. Fantasías de competencia edípica, se compara con su padre y con sus primos, los ama, les teme y los envidia al mismo tiempo. Fantasea ser el continuador del nombre de su padre y ser competitivo como él y así competir contra sus primos, dicha competencia sobre todo está en el ámbito intelectual. Lamentablemente la realidad le indica que sus posibilidades de competir y salir victorioso de esa competencia son muy escasas, esto lo frustra y llena de enojo contra sí mismo.

Lo anterior podría estar relacionado con las conductas impulsivas, las fantasías sobre la propia muerte, la autodesvalorización y el pobre autoconcepto que el examinado presenta. Parecería que el enojo contra sí mismo, es un desplazamiento del enojo que siente hacia su madre por el daño que le causó al nacer, por traerlo al mundo incompleto, imperfecto, defectuoso, hecho un "caos". Este enojo se convierte en agresión no asumida conscientemente, pero de manera inconsciente lo lleva a realizar una serie de acciones que le ocasionan conflictos con la familia y la empresa, que no es más que una extensión de la primera. Los conflictos familiares y laborales poseen las mismas características, en ambos la situación es de insatisfacción como si algo faltara, como si no pudiera disfrutar por estar incompleto, esa sensación de incompletud es la herida narcisista dirigida a la imagen del cuerpo y representada en la desorganización psíquica. Lo anterior parecería ser el centro del conflicto del examinado.

El rencor contra su madre por hacerlo indefenso o incapaz, por tratarlo como niño y no confiar en sus capacidades, es un sentimiento negado pero actuado, la preocupación de su madre por su estado actual, su desempeño laboral y por no saber qué hacer con él, son una forma de agresión pasiva, de venganza. Sus deseos de independencia y de apartamiento de ella, son un intento de salvar la imagen interna de su madre, por lo menos la parte de los objetos buenos que ella posee.

El aislamiento social que el examinado expone como una condición indeseable, está asociado al temor a ser rechazado. En este plano también existe ambivalencia, por un lado desea ser admirado y demostrar sus capacidades, por otro, se aparta del contacto social y no logra mantener con éxito sus proyectos personales (auto-sabotaje) generando sentimientos de frustración, temor de emprender actividades y de ser rechazado por no poder cumplir las expectativas de los demás. Es como si pensara que se espera mucho de él y al mismo tiempo supiera que no puede con la exigencia.

En la Contratransferencia durante la primera entrevista se percibe estar al frente de un niño al cual hay que proteger, indefenso y perdido. Sin embargo, al transcurrir el psicodiagnóstico y sus constantes trasgresiones al encuadre llegaron a producir enojo y desesperación en el clínico. Con esto se puede deducir que la familia experimenta estas mismas emociones por un lado protegerlo y por otro sentir enojo y desesperación.

Los elementos primordiales de las relaciones interpersonales del examinado son la primitiva idealización del objeto de amor, el aferramiento infantil y una cierta capacidad de gratificación genital. El examinado presenta un elevado grado de inmadurez intrapsíquica, la incapacidad para establecer relaciones profundas y duraderas en el ámbito sentimental podría ser un indicativo. Las proyecciones de los objetos de amor se dirigen hacia personas idealizadas, inalcanzables y temidas por ser la fuente de posibles rechazos. Las situaciones tienden a ser valoradas en términos absolutistas, existe poca tolerancia a la frustración y sus mecanismos de defensa son predominantemente primitivos.

En las pruebas aparecen indicadores de aspectos psicopatológicos que se refieren a sentimientos de inseguridad, culpa y minusvalía, y a la tendencia a apartarse del grupo social, entre estas últimas tendencias y el deseo de ser aceptado por los demás se evidencia una ambivalencia que el examinado no logra superar, por un lado quiere ser parte de un grupo y por otro tiende a aislarse cuando lo ha encontrado.

La exigencia a sí mismo es muy elevada, sin embargo, la capacidad para tomar decisiones es pobre, el temor a cometer errores y ser juzgado por ellos es un constante inhibidor de sus actividades más espontáneas, es por ello que controla sus actitudes, aunque de manera poco efectiva pues la agresión reprimida termina por desbordarse y cae en conductas impulsivas.

Las relaciones interpersonales del examinado son bastante problemáticas, ya que por su inseguridad, aislamiento y falta de tolerancia a la frustración, experimentan con frecuencia sentimientos de soledad. Para compensar la poca capacidad para establecer relaciones interpersonales, emplea con poco éxito el mecanismo de fuga a la fantasía y la idealización que reduce sus posibilidades de un verdadero contacto con el otro.

“Mauris” esta en busca de una identidad, la cual actualmente está desarticulada. Su condición emocional es típica de la adolescencia, la falta de identidad hace que no pueda discernir con claridad entre las opciones que se le presentan en su vida, dificultado la toma de decisiones. La sensación de inseguridad y desconocimiento respecto a qué hacer con su vida también son producto de la falta de una identidad consolidada, esto lo lleva a experimentar sentimientos de vacío y a dudar sobre el significado de su vida, se reprocha ser como es y su autoestima disminuye al establecerse ideas autodespreciativas.

A pesar de la precaria constitución del psiquismo del examinado, existen elementos a considerar como factores que pueden contribuir al bienestar psíquico: 1) capacidad para experimentar culpa, puede ponerse en el lugar de otro y asumir que éste es un individuo que merece respeto, afecto, protección, esto se ve claramente en la indentificación con su tío abuelo, al cual visita los fines de semana y lo ayuda en algunas actividades es una labor en la que se siente útil, también puede llegar a identificarse con el sufrimiento de su madre, esto le permite desarrollar mecanismos reparatorios; 2) no trasgrede las reglas (al menos no de manera consciente o con premeditación) y se somete a la autoridad; 3) su red de apoyo familiar es adecuada, con recursos y con la intención de apoyarlo; 4) capacidad para la reflexión y para darse cuenta de sus propios estados internos, si bien, en ocasiones no quiere reconocerlos; 5) su visión altruista lo impulsa hacia conductas morales que socialmente son aceptadas; 6) tiene una perspectiva de un futuro mejor, esperanza en que puede mejorar como persona; 7) es espontaneo, con un potencial emocional intenso, que ante la falta de límites se desborda, pero que canalizándola a través de mecanismos mas eficaces podría ofrecerle la expresión afectiva adecuada para establecer relaciones significativas, duraderas y profundas con familiares, parejas sentimentales, compañeros de trabajo.

A través de los datos obtenidos en las entrevistas y pruebas aplicadas se diagnostica al paciente con una organización fronteriza y estructura de personalidad predominantemente esquizoide con marcados rasgos dependientes e infantiles y un trastorno distímico.

Evaluación multiaxial

Eje I: F34.1 Trastorno Distímico

Eje II: Z03.2 No hay diagnóstico. Rasgos o características de personalidad esquizoide.

Eje III: Problemas visuales, malformación en el pie izquierdo, lesión neurológica producida durante el parto

Eje IV: Problemas laborales (Insatisfacción laboral) Problemas relativos al grupo primario de apoyo (discusiones y desavenencias constantes con su madre y hermana mayor) Problemas relativos al ambiente social (Inhibición social).

Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global = 55 (Actual) (Síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar).

Discusión

Las patologías del carácter que incluyen la Organización Limítrofe de Personalidad es el tipo de funcionamiento psicológico de más difícil diagnóstico. La clasificación de las patologías del carácter propuesta por Otto Kernberg, además de brindar criterios diagnósticos más específicos, también permite la convergencia o punto de encuentro entre concepciones que comúnmente son consideradas como divergentes: Psicoanálisis y Psiquiatría. Las manifestaciones clínicas descritas en manuales diagnósticos como el DSM-IV-TR no tiene porqué ser escindidas de las indagaciones clínicas psicodinámicas, ambos enfoques estudian el mismo objeto o sujeto pero desde diferentes aristas, lo que no implica necesariamente una contradicción. De hecho si uno lee las hojas de introducción del enorme DSM-IV-TR, vera que incluso sus creadores proponen que el libro debe ser utilizado exclusivamente como apoyo y herramienta en la exploración clínica. Es el clínico y su investigación diagnóstica el que determinará y establecerá el diagnóstico.

El diagnóstico siempre está al servicio del tratamiento, nunca al servicio de una teoría o paradigma que intente, a través de él, validar en la práctica lo que en el plano teórico se ha propuesto. Si la teoría llega a ser confirmada a través de la praxis es porque en sus constructos se encuentran la esencia misma del fenómeno, pero esto no quiere decir que el fenómeno en sí mismo sea un producto teórico que se construye con base a un paradigma.

Una de las patologías del carácter más graves es sin duda la organización limítrofe de personalidad, pues al caracterizarse principalmente por la difusión de identidad y la falta de cohesión del yo. Por otro lado, y producto de la difusión de identidad (falta de integración de las representaciones contradictorias del sí mismo y de los otros significativos), la organización limítrofe de personalidad se caracteriza por una patología en las relaciones objétales internalizadas.

Las relaciones objétales patológicas y la falta de integración de la identidad son mantenidos en el tiempo producto de la activación de una organización defensiva primitiva, dominada principalmente por el mecanismo de escisión. De allí surge la siguiente anotación: mientras la neurosis es una patología de la represión, la organización fronteriza es una patología de la escisión.

La difusión de identidad y la patología en las relaciones objétales internalizadas (ambos producto de la organización defensiva primitiva) llevan a estos pacientes a tener percepciones distorsionadas de la realidad. El paciente borderline mantiene intacto el juicio de realidad, es decir, la diferenciación entre las representaciones del sí mismo y las representaciones de objeto (diferenciación yo/no-yo), pero sus potentes mecanismos proyectivos (en especial, la identificación proyectiva) debilitan los límites yoicos, produciéndose una pérdida de la prueba de realidad, especialmente en las relaciones de gran intimidad emocional.

La patología de las relaciones objétales internalizadas, hace que las relaciones interpersonales se tornen caóticas y tormentosas.

Es necesario enfatizar, que la literatura de los cuadros borderline enumera una serie de síntomas descriptivos y conductuales, sin embargo,

ninguno de estos síntomas es patognomónico de la psicopatología. El diagnóstico final de una organización limítrofe de personalidad depende específicamente del déficit en la constitución yoica y en la patología de las relaciones objétales internalizadas.

En el caso de "Mauris" se evidencia que la falta de cohesión yoica y las relaciones objétales parcializadas, producen un monto de malestar clínicamente significativo. Las manifestaciones clínicas de la distimia son en buena medida producto del enojo contra sí mismo y contra los objetos internos idealizados que al mismo resultan ser persecutorios. La sensación de incompletud, de estar hecho un "caos", de insatisfacción en distintos ámbitos de su vida, así como la profunda herida narcisista, que en primera instancia está dada por el propio cuerpo y secundada por las fantasías familiares respecto a su desempeño como hijo varón heredero, son reflejo de la desorganización interna del examinado. Esta falta de integración de un sí mismo impide que las relaciones familiares, sociales y laborales sean concebidas como gratificantes y saludables. Esta misma carencia en la estructura y organización psíquica dan por consiguiente la sensación que "Mauris" experimenta sobre su vida, la cual considera vacía, también le genera dificultades para tomar decisiones importantes y elaborar un proyecto de vida claro y concreto.

En la sintomatología depresiva que presenta el paciente se evidencia que la autoestima disminuye debido a la frustración de aspiraciones de tipo narcisista. Aunado a esto la autoimagen recibe una carga de energías agresivas que produce una disminución de la autoestima y consecuentemente la sintomatología depresiva.

La ambivalencia y constantes oscilaciones en las cuales libido y agresión se dirigen al mismo objeto, dificultan constitución de una representación endopsíquica estable. Las relaciones ambivalentes con su madre, hermana y padre "muerto" producen gran monto de agresión dirigida hacia sí mismo al no encontrar formas de expresión adecuadas y adaptativa. Pero la autoimagen mal integrada, poco diferenciada de "Mauris", revestida de agresividad, permite la aparición de trastornos de la identidad, baja autoestima y depresión.

Lo anterior se relaciona directamente con las demandas del Super-Yo, el cual en el análisis del material clínico se revela primitivo, arcaico, punitivamente ataca al débil Yo del paciente al que dirige las percepciones rígidas y fantasmáticas sobre las expectativas paternas, que necesariamente lo conducen al fracaso ante la realidad de sus condición de vida.

El Yo ideal inalcanzable y el Ideal del Yo irreal contribuyen a que la sintomatología depresiva se haya mantenido por años en. Ya que la imposibilidad de alcanzar ambos ideales confirman la incapacidad del precario Yo del paciente para disfrutar y organizar una condición de vida realista y placentera. Las funciones críticas del Yo son principalmente inmaduras con poca capacidad para discriminar lo razonable de lo no razonable, o sea, las demandas, deseos y acciones que razonablemente "Mauris" puede llegar a alcanzar con éxito, valorando adecuadamente sus limitaciones y capacidades.

El trastorno clínico de este paciente se organiza en torno al ideal narcisista, más las aspiraciones del Yo ideal como metas inalcanzables, junto a la construcción de una representación desvalorizada de sí. Todo lo anterior se

traduce en: limitación de las fuentes de autoestima (necesidad patológica de dependencia), temor a la gratificación autónoma (no encuentra placer o motivos de autoestima en sus propios esfuerzos, sin valerse para ellos del otro dominante), la relación de compromiso (se obliga a negarse gratificaciones autónomas a cambio de recibir sustento del otro dominante), sensación de incapacidad para modificar el entorno (carece de dominio sobre las funciones de autogratificación) e incompatibilidad cognitiva de las expresiones de agresión y enfado con la primacía del afecto depresivo.

En términos nosológicos y basándonos de la herramienta diagnóstica DSM-IV-TR, "Mauris" cumple los criterios de un Trastorno Distímico: estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Hay presencia falta de energía, fatiga, desánimo, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza, sintomatología que se presenta casi a diario. Y por último, no hay evidencia de episodios depresivos mayores durante los primeros 2 años de la alteración.

En la entrevista de devolución y al informarle al paciente de los hallazgos del proceso psicodiagnóstico, así como el pronóstico y las alternativas del tratamiento, el examinado se mostro indiferente, como si lo dicho por el clínico no fuera relevante, como quien recibe una noticia que nada importa porque no se tiene relación con ella. Sin embargo, señaló que seguiría las recomendaciones. Esa falta de expresión afectiva respecto a su situación y salud psíquica puede indicar la poca conciencia de enfermedad o una negación de los conflictos intrapsíquicos y padecimiento emocional.

Las dificultades para diagnosticar las patologías del carácter aunado al hecho de que en el contexto yucateco no se conocen alternativas diagnósticas como la propuesta por Otto Kernberg, así como la utilización indiscriminada y poco reflexiva de los manuales de diagnóstico como el DSM-IV-TR, hacen que muchos pacientes con organizaciones fronterizas no sean detectados y por lo tanto no reciban un tratamiento más acorde a su padecimiento.

No se pretende con este trabajo establecer un modo de psicodiagnóstico único y universal que pueda ser aplicado a todos los casos, pues no creo que pueda existir tal cosa. El presente trabajo solo intentó evidenciar que existen técnicas, métodos y paradigmas que pueden ser útiles en la detección de los padecimientos relacionados con la organización y estructura de la personalidad.

Conclusiones, Pronóstico y alternativas de tratamiento

El pronóstico del examinado es reservado, pues se requiere de una ardua y prolongada labor terapéutica. El objetivo principal del tratamiento es darle estructura a la precaria identidad del yo para contrarrestar los efectos del Super-Yo sádico, exigente y punitivo, consiguiendo una mejor integración de los elementos escindidos.

Los objetivos a seguir en el tratamiento de "Mauris" estarían orientados hacia: 1) La exitosa integración de su identidad y la reestructuración de la personalidad con la intención de modificar las relaciones primitivas de objeto y fortalecer los límites del yo, 2) la integración no sólo de las representaciones

sino también de los afectos correspondientes al sí-mismo y a los objetos, procurando una modulación afectiva y una acrecentada capacidad de control afectivo, 3) La elaboración de las defensas patológicas como la escisión a otras como la represión u otros mecanismos afines correspondan a un nivel superior de organización y/o reemplazando las defensas más primitivas que debilitan al yo, 4) también sería recomendable trabajar sobre la toma de decisiones en el plano vocacional, la integración de la personalidad debe conducir al establecimiento de intereses y motivaciones realistas que le permitan discernir y elegir una actividad vocacional acorde a sus habilidades y capacidades.

Otra alternativa de tratamiento es la psicoterapia de grupo, incluyen la estabilidad de los pacientes, manejo de la impulsividad y otros síntomas, así como el examen de las reacciones de afectivas, el ensayo conductas sociales que favorezcan su desempeño en el ámbito laboral y su integración a otros grupos sociales.

Referencias

- Álvarez, J. M., Esteban, R. y Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Revista Anales de Psicología*, 1(6), 37 - 58.
- Bergeret, J. (2005). *La personalidad normal y patológica*. 3ª reimpresión. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Bleger, J. (2003). *Psicología de la conducta*. 1ª reimpresión. México: Editorial Paidós.
- Bleichmar, H. (2002). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. 11ª edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Nueva Visión.
- Bleichmar, N. y Liberman C. (2003). *El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica*. México: Paidós.
- Bleichmar, H. (2007). *El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente*. 1ª edición, 6ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Editorial Nueva Visión.
- Braier, E. A. (1999). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. 5ª Edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Nueva Visión.
- Cameron, N. (2007). *Desarrollo de la personalidad y psicopatología. Un enfoque dinámico*. 2ª edición, 1ª reimpresión. México: Editorial Trillas.
- American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 3ª Reimpresión. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Fendrik, S. y Jerusalinsky, A. (2011). *El libro negro de la psicopatología contemporánea*. México: Editorial Siglo XXI.
- Fenichel, O. (2006). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Argentina: Paidós, biblioteca de psicología profunda.
- Forselledo, A. G. y Rodio, S. (1991). *Manual Práctico de Psicopatología*. Montevideo, Uruguay: Editorial OPTAR-IIN/OEA,
- Gabbard, G. O. (2009). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. 3ª edición, 2ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

- Grassano, E. (2008). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. 1ª edición, 8ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Editorial Nueva Visión.
- Hammer, E. F. (2007). *Tests proyectivos gráficos*. 1ª reimpresión. México: Editorial Paidós.
- Hornstein, L. (2007). *Las depresiones. Afectos y humores del vivir*. 1ª edición, 1ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Hornstein, L. (2010). *Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad*. 1ª edición, 3ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Kernberg, O. (1979)- *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*. Barcelona: Paidós, Psicología Profunda.
- Kernberg, O. (2003). *Relaciones Amorosas, Normalidad y Patología*. Argentina: Paidós, Psicología Profunda.
- Kernberg, O. (2001). *La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Paidós, Psicología Profunda.
- Kernberg, O. (2002). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: Manuel Moderno
- Kernberg, O. (2007). *Controversias contemporáneas de las teorías psicoanalíticas, sus técnicas y aplicaciones*. México: Editorial Manual Moderno.
- López Garza, D. (2004). *Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes*. México: Editorial Textos Mexicanos. Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Maganto, C. y Ávila, A. (2000). El diagnóstico psicodinámico. Aspectos conceptuales. *Revista Clínica y Salud*, 10(3), 287-330.
- Manzano Garrido, J. (2005). La evaluación psicopatológica estructural. El estatuto clínico psicodinámico. *Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 40(39), 107-116.
- Martínez, C. (2005). Intervención en Crisis en Pacientes con Trastorno de personalidad Límitrofe. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(1), 151-158.
- Menchaca, A., Pérez, O., Peralta, A. (2003). ICE: una nueva aproximación terapéutica para trastornos limítrofes de la personalidad. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41(3), 186-190.
- Porrúa, M. J. (2009). *Psicoterapia breve focal en el tratamiento de un paciente con diagnóstico de trastorno por atracón. Un estudio de caso*. Tesis de maestría. Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica.
- Portuondo, J. A. (2010). *La figura humana. Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid, España: Editorial Colofon S.A.
- Querol, S. M. y Chavez Paz, M. I. (2008). *Test de la persona bajo la lluvia*. 1ª edición, 6ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Siquier, M. L., García Arzeno, M. E. y Grassano. E. (2009). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. 1ª edición, 30ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Editorial Nueva Visión.