



LA EVALUACION DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD: ADAPTACION ARGENTINA DEL INVENTARIO DE ORGANIZACION DE LA PERSONALIDAD (IPO)

Susana E. Quiroga*, Alejandro Castro Solano**, María Isabel Fontao***

Resumen

En este trabajo presentamos una primera versión en español del IPO (Inventario de Organización de la Personalidad) de Clarkin, J., Foelsch, P. y Kernberg, O., aplicada a una muestra de estudiantes de la UBA, que se compara con otra equivalente de estudiantes neoyorquinos. El IPO consta de tres escalas primarias que definen la estructura básica de personalidad, dos escalas generales, que evalúan respectivamente superyó y cualidad de las relaciones de objeto y siete escalas para investigar tipos de relaciones de objeto. Se describe el proceso de traducción y adaptación mediante los procedimientos correspondientes, se evalúa la confiabilidad interna y la validez intertest comparando los resultados obtenidos.

Se discuten las diferencias entre los resultados entre las poblaciones de estudiantes argentinos y estadounidenses teniendo en cuenta las evaluaciones cuanti-cualitativas y las diferencias culturales existentes.

Palabras clave

Evaluación del tratamiento; estructura de personalidad; inventario de organización de la personalidad; validez y confiabilidad.

Summary

In this paper we present the first spanish version of IPO (Inventario de Organización de la Personalidad) (Personality organization inventory), by Clarkin, J., Foelsch, P. and Kernberg, O., which has been applied to a sample of students of the University of Buenos Aires. This sample is compared with another equivalent, of students from New York. The IPO is composed by three primary scales which define the basic structure of personality, two general scales, evaluating the superego and the quality of the object relations, and seven scales to investigate the different types of object relations. It describes the process of translation and adaptation through the procedures and evaluates internal reliability and intertest validity comparing the obtained results.

* Universidad de Buenos Aires. E-mail: squiroga@elsitio.net

** Universidad de Palermo.

*** Universidad de Buenos Aires.



We discuss the differences between the results among the samples of argentine and northamerican students, having in mind the quantitative and qualitative evaluations and the cultural differences.

Key words

Treatment evaluation; structure of personality; personality organization inventory; validity and reliability

Introducción

Desde comienzos de la década del '80 y con la popularización de las nosologías DSM que ya se hallaban en circulación desde los '50, se comenzó a abordar el estudio de los trastornos de personalidad. A partir de esta fecha dichos desórdenes se integraron en un nuevo eje diagnóstico, el Eje II, dada la relevancia que estos trastornos habían adquirido. Solo a partir de 1987, con el advenimiento del DSM-III-R, se pudo contar con criterios estandarizados basados en datos empíricos de investigación para el diagnóstico de cada uno de estos cuadros. En décadas anteriores, los estudios epidemiológicos y clínicos le habían otorgado mayor relevancia al estudio de la sintomatología, correspondiente al Eje I (por ej. ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc.), ya que para estos cuadros el diagnóstico y el tratamiento parecían carecer de menor complejidad. Para este tiempo proliferaron numerosas técnicas de evaluación (en su mayoría focales) de la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos, tanto en el área clínica como en el de la investigación.

Desde no hace mucho tiempo se cuenta con instrumentos psicológicos para el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad correspondientes al Eje II. No obstante, los autores coinciden en que los esfuerzos en este campo no han sido suficientes: la confiabilidad entre jueces utilizando diferentes instrumentos es baja, no existen estudios sobre el rol de la familia en la generación del trastorno y/o en las anteriores y tampoco hay demasiada bibliografía sobre como inciden las variables en los diferentes contextos. Si bien los estudios creen en número, aún no existe un consenso respecto a la etiología, la patogénesis, el diagnóstico y el tratamiento de estos desórdenes (Hirschfeld, 1993; Millon, 1990). Hirschfeld comenta que ni siquiera existe un acuerdo respecto de las categorías diagnósticas válidas para el Eje II y de la manera en que estas variables se relacionan entre sí.

Weissman (1993), en un artículo que resume los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de personalidad, concluye que las dificultades metodológicas en este campo son muy importantes, principalmente por la falta de consenso en el uso de instrumentos. Estas dificultades han impedido el avance de investigaciones que discriminen en forma precisa la influencia de los diversos factores de riesgo que constituyen la génesis de estos desórdenes.



Los autores en el área sostienen la necesidad de seguir desarrollando instrumentos de evaluación psicológica, particularmente aquellos que están ligados a una teoría de base –en contra de la construcción ateorica de los instrumentos–, que nos permitan entender la génesis y el mantenimiento de los trastornos (Kernberg, 1996; Millon, 1998; Klein, 1993). Klein (1993) agrega que los inventarios autoadministrables y las entrevistas semi-estructuradas o estructuradas deben estar presentes en todos los estudios. Dentro de los enfoques recomendados se encuentran aquellos que entienden a los trastornos como “dimensiones” más que como “categorías” discretas. Este punto de vista es el que ha defendido la Task Force del DSM IV (1994), ya que incluso en aquellas nosologías basadas en criterios categoriales se ha impulsado su combinación con modelos dimensionales.

A la hora de abordar el estudio de la personalidad, los investigadores utilizan predominantemente abordajes dimensionales, tanto en poblaciones con trastornos psicopatológicos como en aquellas que no los tienen. La comunidad científica ha mostrado preferencia por el estudio de la estructura de la personalidad a través de la construcción de cuestionarios de diseño factorial, como el NEO-PI-R (The Big Five, de Costa y McCrae, 1990) que se compone de cinco grandes dimensiones que explican todas las variaciones manifiestas de la conducta del sujeto (Goldberg, 1992). Estas cinco dimensiones o rasgos han sido utilizadas tanto para explicar la personalidad normal como sus trastornos. Un perfil de este tipo compuesto por diferentes rasgos o dimensiones, permite incluso caracterizar un determinado cuadro clínico. Por otro lado, otros autores han criticado la aproximación al estudio de la personalidad a través de este enfoque por varias causas. Primero, porque está centrado en la descripción de estos rasgos o dimensiones que han sido obtenidos mediante análisis factoriales; segundo, por la falta de potencia explicativa del modelo y tercero, porque lo anterior coincide con un vacío en cuanto al marco conceptual que sostiene tales dimensiones (Kernberg, 1996; Millon, 1998). Al respecto afirma Kernberg que el desarrollo de perfiles factoriales para cada desorden de personalidad sobre la base de esos cinco grandes factores tiene una misteriosa cualidad de irrealidad para los clínicos experimentados.

En el ámbito de la clínica, especialmente la de orientación psicodinámica, el estudio de la personalidad tuvo siempre un lugar central. El estudio de pacientes en tratamiento psicoanalítico con diagnóstico de desorden de personalidad permite observar que existen relaciones entre los rasgos patológicos de personalidad de los pacientes y su conducta manifiesta. Por esa razón, cuando cambian los patrones de conducta patológicos co-ocurren también cambios en la estructura psíquica subyacente. Al respecto Derksen (1995) comenta que actualmente no se entiende la consideración de un trastorno afectivo de Eje I que no esté conectado con alguna experiencia del pasado y que responda a patrones de funcionamiento más antiguos.



En el campo de los abordajes clínicos, la aproximación psicodinámica de O. Kernberg (1995) a los desórdenes de personalidad ha logrado el desarrollo de técnicas especiales para tratar las transferencias específicas que estos desórdenes generan. En estos abordajes se obtienen cambios caracterológicos significativos como consecuencia del trabajo psicoterapéutico sobre estos patrones en el ámbito de la transferencia. Esta es una observación clínica de gran importancia que necesita ser refrendada en la investigación empírica (Bursten, 1989; Hare, 1991; Kernberg, 1989; Stone, 1990). Al respecto, existen importantes conclusiones derivadas de la elaboración en contextos clínicos de origen psicoanalítico que aún no han podido ser verificadas empíricamente. Quizá esto se deba, en parte, a la ausencia de una operacionalización adecuada de los conceptos implicados en la clínica y a la falta de instrumentos para la medición de constructos de naturaleza más psicodinámica.

En vista de esta importante área de vacancia se vuelve imprescindible contar con instrumentos validos y confiables que permitan medir las alteraciones de personalidad y que puedan ser utilizados para registrar los cambios estructurales ocurridos en ella como consecuencia de la implementación de un determinado tratamiento psicoterapéutico. Con esta perspectiva en mente el grupo de investigación del *Personality Disorders Institute del Weill Medical College of Cornell University*, de Nueva York dirigido por Otto Kernberg, diseñó un inventario para la evaluación de la personalidad que intenta cubrir ese importante vacío. Antes de entrar en la explicación de este instrumento, delinearemos brevemente cuáles son los fundamentos de la teoría de la personalidad del autor.

Teoría de la personalidad de O. Kernberg

La teoría de la personalidad de O. Kernberg se basa en la integración de varias corrientes de raigambre psicoanalítica. Incluye la concepción metapsicológica freudiana y aportes de teorías posfreudianas, pero además desarrolla temas propios sobre la motivación, los afectos y las pulsiones en la organización de la personalidad. Se apoya en el concepto de *estructura mental* de Freud (Freud, 1923b, 1924b) proveniente de la segunda tópica, en la cual integra por un lado la segunda teoría pulsional, Eros-pulsión de muerte, y por el otro divide el psiquismo en las instancias de yo, ello y superyó. De los psicoanalistas del yo, en especial Hartmann y Rapaport, adopta el concepto de yo, formado por “estructuras lentamente cambiantes o configuraciones que determinan la canalización de procesos mentales y los umbrales de activación de estos procesos”. Siguiendo la línea del pensamiento estructural, plantea también que el complejo de Edipo es un factor organizacional de la mente que subsume las experiencias de las etapas más tempranas. Incorpora en esta propuesta no sólo los conceptos freudianos del desarrollo psicosexual de fases de la libido sino también el enfoque de las relaciones objetales del psicoanálisis inglés.

El esquema integracionista de Kernberg reúne las contribuciones de un grupo de psi-



coanalistas norteamericanos, como Erikson (2000) y muy especialmente Edith Jacobson (1990) y Margaret Mahler (1975), cuyos aportes se han integrado y completado con las contribuciones de la escuela inglesa de psicoanálisis de M. Klein (1957), Bion (1967). De modo tal que su posición teórica aunque no es totalmente original, es una integración, en la cual hay elementos de la teoría freudiana, de la escuela inglesa y americana de psicoanálisis y de los desarrollos franceses recientes como Chasseguet Smirgel (1973), Marty (1992), Green (1986), M'Uzan (1981), Mc Dougall (1989), Anzieu (1978), Fain (1971) y Piera Aulagnier (1997).

Con respecto a la internalización de las experiencias tempranas el autor afirma que la *unidad básica de internalización de relaciones de objeto* está formada por la *representación de objeto*, la *representación del self*, y el *afecto* que las liga. Existen relaciones de objeto internalizadas bajo condiciones de afecto "bajo o reducido", e internalizaciones con afecto "intenso", ambas caracterizadas por placer o dolor. Las relaciones de objeto de condiciones afectivas bajas se integran en *funciones no conflictivas del yo* y forman parte de los patrones ordinarios de interacción entre el yo y los otros. A la inversa, experiencias primitivas intensas, tanto placenteras como penosas, originan estructuras internas de la memoria, llamadas *engramas*. Existen *engramas* que se hallan bajo el signo del amor más absoluto (los objetos buenos de la escuela kleiniana, las relaciones buenas del período simbiótico de Margaret Mahler y Edith Jacobson, op.cit.) y *engramas* que significan internalizaciones de experiencias terroríficas. Estas últimas producen temores profundos (traumas tempranos) que dan lugar a la aparición de la angustia de muerte.

Como explicamos más arriba, además de la teoría mahleriana y kleiniana del desarrollo, Kernberg (1979) toma en cuenta la teoría de la motivación, cuya razón última se encuentra en el desarrollo de las pulsiones libidinales y agresivas. Estas pulsiones se originan en afectos placenteros de euforia, excitación y gratificación por un lado, y de dolor, terror, furia o rabia y miedo por el otro. Estos afectos primitivos se van integrando en una cadena jerárquicamente supraordinada derivada de la libido y otra de igual condición derivada de la pulsión de agresión. Para el autor, los afectos son estructuras psicofisiológicas innatas y constituyen los fundamentos del edificio de las pulsiones respectivas.

Este esquema teórico tiene congruencia con el desarrollo de su técnica psicoterapéutica. Expresa que lo que se activa en la transferencia son precisamente estas unidades de imagen del "sí mismo", la imagen de objeto y del afecto correspondiente entre ambas. Estas unidades de imagen son las que deben ser diagnosticadas en la transferencia e interpretadas como estructuras defensivas que se oponen a relaciones de objeto no transferenciales.

En este punto surge una diferencia en la posición de Kernberg (1994) con respecto a



la psicología del yo. Lo que para esta última es un análisis de defensas contra impulsos, para Kernberg es el análisis de una relación de objeto de tipo defensivo en contra de otra relación de objeto de tipo impulsivo. Tomemos un ejemplo. La tendencia a la formación reactiva en un sujeto hace que éste se comporte de manera sumisa reprimiendo el impulso agresivo. Para Kernberg existe una relación fantaseada, inconsciente que se activa en la transferencia, donde el paciente, como niño sumiso y obediente, se relaciona con un padre dominante y peligroso. El paciente intenta convertir al padre en padre bueno y protector a costa de mantenerse como un niño sumiso. Esto constituye la transformación de un mecanismo de defensa (formación reactiva) en una relación de objeto. A su vez, esta relación de objeto es defensiva frente a un impulso de agresión, que en realidad corresponde a una fantasía inconsciente de un niño rebelde y violento que quiere matar y destruir al padre. En este esquema, la agresión y los temores que esa fantasía genera constituyen relaciones de objeto internalizadas y reprimidas. Lo que se observa en la manifestación clínica es la relación de objeto, actualizada en la transferencia, como formación reactiva. Para este autor *la técnica central es el análisis sistemático de los conflictos inconscientes activados en la transferencia en forma de relaciones de objeto.*

En forma novedosa, para el análisis de los sueños Kernberg aplica la teoría de las relaciones de objeto de Fairbairn (1952) y Erikson (1954), y explica que conviene tener en cuenta: a) los afectos dominantes, b) la forma del discurso, c) la relación transferencial dominante con el terapeuta, y d) los restos diurnos que sirven para aclarar la relación entre el conflicto percibido en el sueño y la realidad psíquica del paciente.

Con respecto a los nuevos desarrollos de la teoría de las relaciones objetales de la escuela francesa, le interesa el estudio acerca del *vacío representacional temprano* como unidades de internalización objetal que no alcanzan a desarrollarse. Estas condiciones graves de no constitución de los afectos tempranos se transforman en expresiones somáticas puras, que dan origen al *pensamiento operatorio* o a las *vivencias operatorias*, que se expresan en enfermedades somáticas, ciertas psicosis o trastornos de personalidad. Existe otro posible desenlace psíquico de menor gravedad en el que el paciente elimina (expulsa) la experiencia traumática a través de mecanismos primitivos como la denegación (desmentida o desestima), lo que resulta en la *incapacidad del sujeto de contener conflictos intrapsíquicamente.*

Con la intención de elaborar una nueva caracterología, Kernberg (1984, 1989, 1992, 1996) ha construido un marco de trabajo para organizar los tipos de relaciones de objeto según su nivel de gravedad. Además de ello, ha propuesto otra dimensión que para el autor es central, la de la *“organización estructural”*. A partir de la combinación de los tipos caracterológicos según su intensidad y de la organización estructural, Kernberg propone “niveles altos, intermedios y bajos” de patología. Los niveles altos de organización pertenecen a la neurosis y los intermedios y bajos a las organi-



zaciones “límite” de personalidad. Para ilustrar su ordenamiento tipológico, Kernberg ubicó las personalidades histéricas, obsesivo-compulsivas y depresivas en el nivel más alto. En el nivel intermedio situó las personalidades “infantiles” y narcisistas. Por último, las personalidades claramente antisociales, las esquizoides y las paranoides ejemplifican el nivel más bajo de la organización.

Estructuras mentales y organizaciones de la personalidad

Las estructuras mentales, dice Kernberg (1984), son configuraciones relativamente estables de los procesos mentales. El superyó, el yo y el ello son estructuras que integran otras subestructuras dinámicas, como las configuraciones cognitivas y defensivas del yo. Kernberg (1976) usa el término “*análisis estructural*” para describir la relación entre la estructura de las relaciones de objeto internalizadas y los distintos niveles de organización del funcionamiento mental. El *análisis estructural* incluye una organización permanente, que resulta de la elaboración de los conflictos inconscientes como el complejo de Edipo y el complejo de castración e incorpora experiencias tempranas derivadas de las organizaciones pulsionales de las diferentes fases 1) de la organización de la libido 2) de la organización del yo y 3) de la organización de las relaciones de objeto. Esta concepción implica secuencias motivacionales organizadas jerárquicamente y organizaciones jerárquicas discontinuas que contrastan con el concepto de desarrollo lineal o genético enunciado de forma simplista. El autor propone la existencia de tres organizaciones estructurales amplias: *neurótica, límite y psicótica*. Estas organizaciones estructurales de la personalidad se entrelazan con factores genéticos, bioquímicos, constitucionales, psicodinámicos, familiares y psicosociales y se plasman en el tiempo como *la estructura psíquica del sujeto*. Esta estructura constituye la matriz subyacente sobre la que se desarrollarán más tarde los síntomas o los rasgos de carácter del sujeto. Estos tres tipos de organización se caracterizan por tres elementos determinantes: 1) *el grado de integración de la identidad*, 2) *el tipo de operaciones defensivas*, y 3) *la prueba de realidad*.

La estructura de personalidad neurótica, en contraste con la estructura de personalidad límite o borderline y psicótica implica una identidad integrada, su organización defensiva se centra en la represión y mecanismos defensivos avanzados, es decir aquellos constituidos con posterioridad al sepultamiento del complejo de Edipo. Las estructuras límite o borderline y psicótica se encuentran en pacientes que poseen un predominio de defensas primitivas que tienen como base el mecanismo de escisión. Esta organización implica un menor grado de integración de la identidad del yo. La prueba de realidad se conserva en la organización neurótica de la personalidad y en algunos aspectos de la organización límite o borderline, pero está gravemente deteriorada en la organización psicótica.

Haciendo una síntesis de lo que Kernberg describe en distintos trabajos (1984, 1989, 1992, 1996) podemos afirmar que existen tres “constructos” que constituyen lo más



destacado de la organización de la personalidad, cuyas características más relevantes son las que a continuación se exponen.

Estructura Neurótica

- ❖ Integración de la identidad.
- ❖ Manifestaciones no específicas de la fuerza del yo, que incluyen tolerancia a la ansiedad, control de los impulsos y sublimación.
- ❖ Uso de defensas neuróticas.
- ❖ Sentido de la realidad preservado.
- ❖ Superyó integrado pero con características de intransigencia.
- ❖ Relaciones objetales con alta dependencia de apoyo, amor y aceptación por parte del otro.
- ❖ Dificultades para expresar la agresión.

Estructura Límite o Borderline

- ❖ Difusión de la identidad.
- ❖ Uso de defensas primitivas: el paciente mejora el vínculo cuando se intentan discriminar en la *Entrevista Estructural*.
- ❖ Algunas alteraciones en el sentido de la realidad (especialmente en los vínculos de intimidad), aunque en general está conservado.
- ❖ Patología del superyó (pérdida de vergüenza y culpa).
- ❖ Relaciones objetales patológicas: 1) narcisistas o 2) caóticas, no diferenciadas, dependientes y/o 3) rígidas y desconectadas.

Estructura Psicótica

- ❖ Coincide con los trastornos psicóticos de la psicosis clínica. Sin embargo, hay pacientes que sin tener psicosis clínica tienen estructura psicótica.
- ❖ Difusión de la identidad. Indiferenciación de: 1) yo- no yo, 2) origen intrapsíquico o externo de los estímulos, etc.
- ❖ Uso de defensas primitivas. El paciente empeora el vínculo cuando se intentan discriminar en la *Entrevista Estructural*.



- ❖ Sentido de la realidad comprometido. Ideas delirantes o alucinaciones. El paciente no mantiene criterios sociales de la realidad consensual.

La Entrevista Estructural

La *Entrevista Estructural* sirve para realizar un diagnóstico del paciente. Se trata de una entrevista no estructurada pero con objetivos definidos. Se caracteriza por un interrogatorio que busca la descripción de los síntomas, conflictos o dificultades que el paciente trae a la entrevista y los modos particulares en que estos se plasman en el aquí-y-ahora de la interacción con el entrevistador. El entrevistador entrenado en esta técnica detectará en el paciente el surgimiento de una organización estructural de su funcionamiento mental que le permitirá clasificarlo en una de las tres estructuras de personalidad antedichas (neurótica, límite o psicótica). Para ello la *Entrevista Estructural* combina el examen tradicional psiquiátrico del estado mental del paciente con una entrevista orientada psicoanalíticamente que se centra en la comprensión de los conflictos del paciente, teniendo en cuenta la organización de su identidad, los mecanismos defensivos predominantes y la prueba de realidad en el aquí-y-ahora de la transferencia.

Brevemente, definiremos la técnica por la cual el autor investiga las tres áreas expuestas. En la entrevista realiza diferentes intervenciones. Estos tipos de intervención son: 1) la *clarificación*, que es una exploración del campo cognitivo del paciente que permite detectar los límites de su conciencia cuando aparece cierto material vago, poco claro, incompleto o confuso; 2) la *confrontación*, que intenta hacer consciente en el paciente las áreas de información que aparecen contradictorias o incongruentes en las representaciones del self o de sus objetos internos. Estas representaciones contradictorias se acompañan de una reducida conciencia de la realidad psíquica y este funcionamiento contradictorio se resuelve con operaciones defensivas basadas en el mecanismo de escisión y 3) la *interpretación*, que, en contraste con la clarificación o la confrontación, trata de establecer lazos entre el material consciente, preconsciente e inconsciente del paciente y se centra en la búsqueda de las ansiedades y los afectos subyacentes y los conflictos activados en la entrevista. Finalmente, 4) la *transferencia*, que significa la detección de una interacción vincular, en el presente de la entrevista, de una conducta que suele ser “desajustada” y que refleja los patrones de relación patológica y conflictiva de vínculos significativos del pasado del paciente.

El *Inventario de Organización de la Personalidad (IPO)*, que presentamos en este trabajo, nace de un intento de sistematizar la *Entrevista Estructural* de Kernberg (1975, 1981, 1984) como método diagnóstico. Está diagramado en forma de un Cuestionario de autollenado que permite la evaluación cuanti-cualitativa de la personalidad del paciente. Se puntúa en forma de 5 posibilidades de respuestas cerradas que tienen un puntaje: “Nunca”(1), “Raramente”(2), “Algunas veces”(3), “Frecuen-



temente”(4) y “Siempre”(5). El marco conceptual sobre el cual está construido es de origen psicoanalítico.

Trastorno Límite vs. Organización Límite de la Personalidad

Antes de entrar en el tema de la construcción del IPO, describiremos las diferencias existentes entre lo que se define como *Trastorno Límite de la Personalidad*, basado en las manifestaciones observables y los estudios estadísticos del DSM IV, y la *Organización Límite de la Personalidad*, comprendida psicodinámicamente y propuesta por Kernberg (1984).

Trastorno Límite de la Personalidad

El DSMIII (1980), DSMIII-R (1987) y DSMIV(1994) describió los “*Trastornos Límite de la Personalidad*” como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario,
- 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),
- 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.



Organización Límite de la Personalidad

La consideración de la *Organización Límite de la Personalidad* nació de la detección clínica de pacientes que no coincidían con los modelos tradicionales de la psicopatología psicoanalítica. Esto llevó a describir este tipo de pacientes como aquellos que estaban en el límite o en la frontera. Sin embargo, tenían ciertas características que los agrupaban: carecían de una capacidad reflexiva sobre si mismos y los otros, tenían dificultades en la elaboración de conflictos y cambios de humor repentinos, y sin embargo podían vivenciar material de proceso primario y manifestar de modo primitivo tendencias pulsionales derivadas de fijaciones libidinales y agresivas. Además, la descripción del DSM de estos pacientes con tales trastornos personalidad no informaban sobre la relación de la enfermedad con la etiología, el tipo de tratamiento adecuado o/y el pronóstico de los mismos.

Kernberg (1984) describió este síndrome como *Organización Límite de la Personalidad*. Esta descripción incluye no solamente el aspecto descriptivo u observable de la conducta sino también la *organización estructural subyacente* del paciente, que se basa en los tres criterios estructurales definidos anteriormente como difusión de identidad, nivel de mecanismos de defensa y prueba de realidad. A continuación profundizaremos en la descripción de estos tres criterios debido a que forman parte su Teoría psicoanalítica de la personalidad y constituyen las tres Escalas Primarias básicas del IPO. Estas escalas, además de evaluar el nivel manifiesto y los rasgos caracterológicos del sujeto, investiga su estructura subyacente.

- 1) *Difusión de Identidad*: se advierte una falta de integración del sentimiento de sí; percepción inadecuada e incompreensión de los otros; cambios o poca estabilidad en los valores; miedo a perder la identidad que lleva al sujeto a aislarse, a confundirse o a desear dominar al otro; autoevaluación incorrecta o ausente; sentimiento de vacío crónico que se detecta como desinterés, aburrimiento o desgano; incapacidad para comunicar al entrevistador sus pensamientos, sus emociones o sus vínculos con los otros. La presencia de estas características trae como consecuencia que el entrevistador experimente dificultades para empatizar con el paciente.
- 2) *Nivel de los mecanismos de defensa*: las defensas de la organización límite y psicótica de la personalidad corresponden al nivel primitivo. Es decir, predomina el uso de defensas correspondientes al nivel de organización pre-edípica. Están centradas en el mecanismo básico de escisión y las defensas relacionadas con éste: idealización primitiva, identificación proyectiva, denegación (desmentida o desestima), control omnipotente del objeto y/o del yo, desvalorización. Mediante la disociación, estos mecanismos protegen al yo de experiencias contradictorias del self y de los otros y de experiencias y sentimientos traumáticos insoportables. ¿Qué entendemos por cada uno de estos mecanismos?



- *Escisión*: la división del sí mismo y de los objetos en “buenos o malos” que da lugar a reversiones súbitas y completas del sí mismo y de los otros.
 - *Idealización primitiva*: tendencia a visualizar los objetos externos enteramente buenos excluyendo cualquier imperfección de la persona idealizada. Su contraparte es la desvalorización completa de los otros o la vivencia de los mismos como persecutorios o peligrosos.
 - *Proyección temprana o identificación proyectiva*: en contraste con la proyección postedípica, la identificación proyectiva se caracteriza por: 1) tendencia a sentir un impulso que al mismo tiempo se ha proyectado en la otra persona, 2) temor a la otra persona, en la cual se ha proyectado dicho impulso y 3) control de esa persona debido al temor a la reintroyección del impulso proyectado.
 - *Negación* (corresponde a la renegación, desmentida o denegación primitiva): consciencia de percepciones, pensamientos y sentimientos sobre sí y los otros completamente opuestos que no tienen relevancia emocional y que no influyen en el estado mental cotidiano.
 - *Omnipotencia y desvalorización*: ambas se derivan de una identificación con el yo-ideal omnipotente y grandioso altamente infatuado que se relaciona con representaciones desvalorizadas y despreciadas de los otros e incluyen la introyección de aspectos desvalorizados de sí en el otro.
- 3) *Prueba de realidad*: en la organización neurótica y limítrofe la prueba de realidad está conservada; sin embargo, esto no ocurre en la organización psicótica de la personalidad. La *Prueba de realidad* se define por la capacidad de diferenciar el yo del no yo, las percepciones internas de las externas, la discriminación de los afectos, la conducta y el contenido de los propios pensamientos en término de las normas consensuales. La pérdida de esta capacidad altera la experiencia subjetiva de la realidad y se experimentan sentimientos de extrañamiento y despersonalización.

Cuadro diferencial

Resumiendo, luego de comparar la definición del Trastorno Límite de la Personalidad, según el DSMIV y la Organización Límite de la Personalidad de Kernberg, no queda duda del cambio cualitativo que adquiere el estudio del tema cuando se toma en cuenta el marco conceptual psicoanalítico, que incluye el estudio de la “*organización estructural subyacente*”, propuesto por el autor.

En este cuadro mostramos una síntesis de las características diferenciales en las distintas estructuras subyacentes:



	Estructuras neuróticas	Estructuras limítrofes	Estructuras psicóticas
Identidad del yo	Presente	Ausente	Ausente
Juicio de realidad	Mantenido	Mantenido (en casi todas las áreas)	Perdido
Defensas	Avanzadas	Primitivas	Primitivas

Construcción del Inventario de Organización de la Personalidad (Inventory of Personality Organization- IPO, Clarkin, Foelsch y Kernberg)

Consideremos ahora la construcción y el desarrollo del IPO. La versión 1995-99, la primera que Clarkin entregó en Buenos Aires, incluye dos cuestionarios similares, ambos de autollenado. El primero que usamos en Buenos Aires es de febrero de 1998 y está compuesto por 214 ítems. Los primeros 169 investigan la Organización Psicodinámica de la Personalidad y su psicopatología, en formato Lickert con 5 opciones de respuesta, tal como indicamos antes, y que van del “Nunca” al “Siempre”. Los 45 restantes se incluyen para indicar la tendencia del sujeto a responder de una manera socialmente deseable y se contestan con “Verdadero”/“Falso” (Marlow-Crowne y Jackson).

La segunda versión que usamos fue modificada en octubre de 1998. Al final de los 169 ítems se agregan 8 reactivos que investigan *Agresión*, como un nuevo factor por investigar, de manera que la segunda versión totaliza 177 ítems, más los 45 restantes.

Desde el punto de vista conceptual, el inventario incluye :

- ❖ Tres escalas primarias o generales que derivan de la Teoría psicoanalítica de la personalidad de O. Kernberg (1996) y son las que fueron usadas para definir la organización borderline de la personalidad. Dichas escalas son la que definimos en el apartado anterior: *Difusión de Identidad; Mecanismos de Defensa y Prueba de Realidad*. Además de evaluar el nivel de la conducta manifiesta y los rasgos comunes de cada cuadro, con estas tres escalas el IPO evalúa la *organización estructural* básica subyacente.
- ❖ Nueve escalas que investigan diferentes tipos de relaciones de objeto y que incluyen los trastornos de personalidad de *tipo neurótico* y *las de tipo limítrofe*. Dentro de los trastornos de *tipo neurótico* se encuentran:
 - 1) la personalidad histérica,
 - 2) la personalidad obsesivo- compulsiva,
 - 3) la personalidad de tipo depresiva- masoquista.



Las personalidades de *tipo limítrofe* más frecuentes son:

- 4) la personalidad sadomasoquista o estructura masoquista primitiva,
- 5) la personalidad infantil, llamada también histriónica o histeroide,
- 6) la personalidad narcisista,
- 7) las personalidades prepsicóticas o esquizoides, paranoides e hipomaníacas,
- 8) la personalidad antisocial.

La novena escala se refiere a un constructo que detecta las relaciones de objeto saludables y que en la versión 95-99 fue llamada *Personalidad Normal*. Cada una de estas relaciones de objeto se combinan para realizar el diagnóstico, teniendo en cuenta la organización estructural subyacente.

❖ *Dos escalas globales:*

- 1) *Cualidad de las relaciones de objeto*. Evalúa de una manera general la cualidad de las relaciones interpersonales e intersubjetivas del paciente, especialmente aquellas relacionadas con los objetos primarios,
- 2) *Valores morales*. La evaluación de este constructo se corresponde con el concepto de superyó en la teoría psicoanalítica. La evaluación global de este ítem tiende a discriminar cualitativamente (en función de medidas cuantitativas) una variable que va desde un superyó maduro caracterizado por la integración internalizada en forma armónica de las figuras parentales protectoras, hasta el extremo opuesto donde se observa la presencia de un superyó de características primitivas, severas y persecutorias derivadas de la organización arcaica de las relaciones de objeto (Freud, 1923).

IPO versión 2000

El cuestionario hasta aquí descripto (versión 95-99) con sus dos versiones, fue seguido del IPO2000, que está compuesto de 100 ítems. De los primeros 169 y luego 177 ítems de la versión anterior que investigaban la organización psicodinámica de la personalidad, se quitaron 77 y se eliminaron los 45 ítems que investigaban la tendencia del sujeto a responder de una manera socialmente aceptable y que se contestaban con dos opciones “Verdadero”/“Falso”. Esta nueva versión consta de:

- ❖ Tres Escalas Primarias, que en esta versión toman el nombre de **Escalas Estructurales** (Structural Scales) y miden la estructura subyacente del entrevistado,
- ❖ Cuatro escalas generales, llamadas **Escalas Cualitativas** (Qualitative Scales). Tres de ellas ya se hallaban en la versión 95-99 y son: a) *Relaciones Patológicas de Objeto*, antes llamada *Cualidad de las Relaciones de objeto*; b) *Valores Morales* y c) la Escala Normal, que ahora toma el nombre de *Relaciones de Objeto Sa* -



ludables. La cuarta, llamada *Agresión* es un nuevo factor que investiga el monto de agresión en el paciente en sus dos posibilidades: la agresión dirigida hacia el exterior o aquella dirigida hacia el interior en forma de autodestrucción. Este factor constituye un mejoramiento proveniente de los ocho ítems agregados a la segunda versión del 98,

- ❖ Ocho escalas que miden **Tipos de Relaciones de Objeto** que ya estaban en la versión anterior y son: Antisocial, Depresivo-masoquista, Histérico, Infantil, Narcisista, Obsesiva, Paranoide y Esquizoide.

IPO versión 2002

Esta nueva versión del IPO está compuesta de 83 ítems. Se ha efectuado un cambio importante, ya que se le han quitado las ocho escalas que medían *Tipos de Relaciones de Objeto* y dos escalas cualitativas que evaluaban *Relaciones de Objeto Patológicas y Saludables*.

Permanece la evaluación de las *Escalas Primarias* y dos escalas adicionales que corresponden a las Escalas Cualitativas globales: *Agresión y Valores Morales*. Esta versión se halla en proceso de traducción al español.

Desarrollo del IPO en la Argentina (Inventory of Personality Organization-Versión 1995-1999)

Durante el año 1997, en virtud de haber obtenido la Beca R. Thalmann de la Universidad de Buenos Aires uno de los autores (Quiroga, 1997) realizó una pasantía en el *Personality Disorders Institute del Weill Medical College of Cornell University* de Nueva York, dirigido por Otto Kernberg. Así nos pusimos en contacto con los Instrumentos que el grupo de investigación de su Director, coordinado por John Clarkin, estaba desarrollando para la evaluación de la personalidad, con el objetivo de medir la eficacia de los tratamientos que allí se realizan. Nos proporcionaron la versión estadounidense del IPO - Inventory of Personality Organization (1995) y se procedió a la traducción y adaptación de una versión rioplatense. Durante el año 1999 y a raíz de la visita a la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires de John Clarkin y de Alejandro Avila Espada, Director del Laboratorio de Evaluación Psicológica de la Universidad de Salamanca, se pautaron nuevas tareas de investigación conjunta en relación con este instrumento.

Por otra parte, dentro del Subprograma de Psicología Clínica para Adolescentes, que desde 1997 conduce S. Quiroga, se atiende a una población que, en su mayor parte, está compuesta por familias con vulnerabilidad psicosocial debido a los casos de violencia comunitaria y familiar, abusos físicos y sexuales, drogadicción, alcoholismo, delincuencia, etc. Esta situación llevó al equipo a profundizar en la línea de pensa-



miento de Kernberg acerca de los trastornos de personalidad y la amplia gama de la *Clínica Psicoanalítica de las Patologías Actuales*, que incluyen los trastornos de alimentación, patologías adictivas, neurosis traumáticas, etc.¹, por lo cual contar con un Instrumento de evaluación de la personalidad de orientación psicoanalítica resulta de suma importancia. Nos proponemos ahora presentar el IPO-Versión 1995/99 en población local. Nos referiremos a la adaptación del inventario original y sus características psicométricas básicas.

a) Traducción del IPO al idioma español

Proceso de Retrotraducción

La primera tarea que se realizó fue la *traducción* del cuestionario al idioma castellano. Para ello, en primer lugar se recurrió al procedimiento adecuado para estos casos: una primera traducción inglés/castellano, seguida de otra versión castellano/inglés a cargo de un segundo traductor de origen anglosajón, con el objeto de evaluar si se conservaba el sentido original de cada uno de los ítems. Este procedimiento es llamado retrotraducción.

A continuación se realizó la *adaptación* de la traducción castellana a la modalidad rioplatense. Este paso fue el de mayor complejidad y por lo tanto de mayor duración. Esta mayor duración se debió a dos causas: la necesidad de acercar el léxico de los ítems traducidos al de uso habitual del lenguaje de los entrevistados y la complejidad sintáctica y semántica de algunos de los ítems. Con respecto a esto último se suscitaron diversas variantes. En primer lugar, los ítems del cuestionario presentan, en el nivel cognitivo, distintos grados de abstracción. Además, en algunos casos la respuesta necesita que el entrevistado realice un proceso de reflexión tanto sobre sí mismo como sobre los otros. Un ejemplo de esto es el ítem 22: "**Observo a los otros cuidadosamente, en especial cuando no saben que los miro, para descubrir qué los motiva realmente**", o el ítem 65: "**Algunas personas me odian porque les preocupa que yo pueda socavar su fuente de poder**". En otros casos, la lectura y comprensión del ítem es simple, ya que se trata de averiguar si un hecho concreto ha ocurrido o no en la vida del entrevistado. Por ejemplo, el caso del ítem 162: "**He intentado suicidarme**".

En segundo lugar, hubo que hacer cambios en la formulación de los ítems ya que la versión anglosajona contiene enunciados que están formulados por la negación. Por ejemplo, el ítem 35: "**I can't explain the changes in my behavior**", provoca en el en-

¹ Programa de Actualización en *Clínica Psicoanalítica de las Patologías Actuales* - Posgrado y Doctorado de la Facultad de Psicología (UBA). Directora: Dra. Susana E. Quiroga, Equipo docente: Dr. R. Zukerfeld, Dr. D. Maldavsky, Dr. M. Bernard, Lic. M. Vega, Lic. M. Belçaguy y otros.



entrevistado de idioma español una situación difícil de evaluar, ya que choca con la elección de respuestas posibles: “Nunca” o “Siempre” de la escala Likert. En estos casos concretos, el entrevistado entraba en confusión para emitir su respuesta ya que tenía que decidir sobre un enunciado con una doble negación, como por ejemplo “*Nunca no puedo...*” o “*Siempre no puedo...*”, ambas construcciones no usadas en nuestro idioma de origen. Para adaptar dichas construcciones a los giros idiomáticos de nuestra lengua debimos convertir en positivos todos los ítems formulados desde la negación.

Un tercer problema se presentó cuando al traducir algunos ítems al idioma español, nos dimos cuenta que la respuesta quedaría condicionada por la estructura de la frase. Por ejemplo en el ítem 57: “*You sometimes have to pretend that you love somebody else to get what you want out of him or her*”. En este caso, la opción “Ocasionalmente, o A veces” se repite tanto en la propuesta del ítem como en la respuesta que se espera que el entrevistado elija. En consecuencia, desde nuestra perspectiva semántica, la propuesta del ítem está invitando a una determinada respuesta.

a) Adaptación lingüística

Procedimiento de validación de jueces independientes

Luego de concluida la etapa anterior se procedió a la realización de varias pruebas piloto mediante el sistema de validación interjueces cuyo objetivo era ajustar los enunciados al estilo lingüístico rioplatense. Estos jueces no necesitaron ninguna formación previa ya que fueron seleccionados porque tenían las mismas características sociodemográficas de los futuros entrevistados. Se trataba de estudiantes universitarios de 4° año de la carrera de Psicología de una universidad privada de clase media. El Inventario de Organización de la Personalidad fue ofrecido a diez grupos constituidos por cuatro estudiantes cada uno. Ellos contaban con una versión en idioma original que no era imprescindible consultar. Su tarea consistía en leer la versión española ya traducida y realizar las correcciones lingüísticas que les parecieran más acordes con los códigos del idioma “español-argentino-porteño”, de manera que los ítems tuvieran menos formalidad y mayor tono coloquial. Cada uno de los diez grupos realizó su propia versión. Una vez concluida esta etapa se realizaron dos reuniones, cada una constituida por cinco grupos y un investigador-coordinador. De cada uno de los dos grupos debía surgir una sola versión. Estas dos versiones se confrontaron entre sí y se concluyó con una sola versión acordada. Este procedimiento llevó bastante tiempo pero resultó sumamente fructífero, ya que también nos permitió corroborar que a pesar de los cambios lingüísticos se mantenía la significación semántica de cada uno de los ítems. De esta manera se llegó a una versión provisoria que se comenzó a probar en una mues-



tra mayor. Estos resultados son los que se presentan en esta comunicación.

Participantes

Para esta primera muestra (N = 105) los participantes fueron alumnos que estaban cursando el Ciclo Básico Común de la UBA. Este curso es de carácter obligatorio para todos los ingresantes a las distintas carreras que forman parte de la Universidad de Buenos Aires. Consta de 6 materias anuales que pueden cursarse en uno o dos años. Esta diversidad de participantes nos permitió administrar el cuestionario a alumnos universitarios de variadas orientaciones vocacionales y rasgos de personalidad diferentes. Esta muestra estuvo compuesta de 31 varones (30%) y 74 mujeres (70%). La media de edad para los varones fue de 21.03 (ds = 2.25), y para las mujeres de 20.54 (ds = 3.23). No se observaron diferencias significativas de edad entre ambos grupos. El nivel socioeconómico de los participantes fue calculado en relación con el nivel de ocupación de sus padres. Eran todos de nivel socioeconómico medio. Todos ellos vivían en la ciudad de Buenos Aires.

Escalas utilizadas y procedimiento

El IPO fue administrado juntamente con el Inventario de Depresión de Beck (Depression Inventory BDI, Beck, 1972) y el Inventario de Ansiedad (The State-Trait Anxiety Inventory-STAI, Spielberger, et al., 1968, adaptado por Figueroa, 1983).

El primero consta de 21 ítems y evalúa conductas depresivas que van de leves a severas. Sus ítems aluden a la sintomatología depresiva en todas sus manifestaciones y están organizados en una gradación de 1 a 4. Para la evaluación de la depresión clínica se tomaron en cuenta los puntajes internacionales: 0 a 9: no depresión; 10 a 15: depresión leve; 16 a 23: depresión significativa; 24 o más: depresión profunda o severa. Para este estudio se utilizó la versión castellana y el estudio estadístico de Quiroga (1997). El punto de corte fue 13 con un desvío estándar de 2 +/-.

El Inventario de Ansiedad es un inventario compuesto por 40 ítems. Los primeros 20 evalúan ansiedad-estado. Spielberger define la ansiedad-estado como un corte temporal-trasversal en la corriente emocional de la vida de una persona. Esto significa que evalúa sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión y nerviosismo acompañados de una activación del sistema nervioso autónomo. Estos estados aparecen en un momento dado en el tiempo, pueden fluctuar a través de este. La persona percibe su medio como peligroso o amenazante. Los segundos 20 ítems evalúan ansiedad-rasgo. Este último se entiende como un patrón de comportamiento con tendencia relativamente estable que determina diferencias individuales en las reacciones ansiosas. Las diferencias individuales, dice el autor, reflejan la frecuencia e intensidad con que esos estados han sido experimentados en el pasado y la probabilidad de que esa reacción se manifieste en el futuro. En este trabajo se utilizó la versión argentina de Leibovich de Figueroa (1991) so-



bre la versión original de Spielberger (1973). El punto de corte establecido fue de 50.

Las tres pruebas que aquí se presentan fueron autoadministradas. Los cuestionarios fueron administrados en los horarios de clase de los alumnos, pero este procedimiento necesitó de mucho tiempo para su concreción. Previamente a la toma de los mismos, debió solicitarse el permiso correspondiente a las autoridades del Ciclo Básico Común. Dadas las características institucionales de la UBA (universidad de alumnos masivo y admisión irrestricta), la realización de esta gestión institucional –como los trámites burocráticos de orden común y la explicación a los profesores acerca del origen y aplicación de los cuestionarios–, nos requirió la preparación de un equipo de colaboradores. Este equipo se constituyó con psicólogos “junior” que eran investigadores de apoyo de nuestro equipo. Una vez realizada la primera parte de la gestión, se solicitó la autorización de los profesores para la toma (ya que debía ser en el horario que ellos determinaran) y el pedido de colaboración a los alumnos. La participación en ambos casos fue voluntaria. No hubo rechazo de parte de los alumnos y un rechazo de un 10% de parte de los profesores que, según ellos, no se debió a la índole de los cuestionarios sino a la imposibilidad de alterar su calendario docente.

Esta primera muestra (N=105) que presentamos fue administrada en el año 1998. Luego se complementó en el año 1999 con dos muestras más, todas del CBC de ambos sexos, con lo cual en febrero de 2000 se había totalizado una muestra de N=563, compuesta por varones N=282 y mujeres N=281. No se pagó a los participantes de este estudio. Las muestras del año 1999 se tomaron con la segunda versión del primer cuestionario, que incluía 177 ítems, los últimos 8 correspondientes al factor: *Agresión*, a diferencia de la primera que incluía 169. Esta misma versión se trabajó en una muestra no clínica con población de Montevideo, Uruguay, y más tarde se realizó un estudio comparativo entre ambos países.

Resultados

Análisis de fiabilidad de las escalas

Para verificar la homogeneidad de cada una de las escalas del IPO se realizó un análisis de fiabilidad, calculando el coeficiente Alpha de Cronbach para cada escala. En la Tabla 1 se citan dichos valores y se comparan los resultados con los obtenidos en el *Manual for the Inventory of Personality Organization* de Clarkin, Foelsch y Kernberg (1995) en población de estudiantes universitarios norteamericanos.

Del análisis de los datos en la tabla 1 se puede concluir que el inventario IPO aplicado a población local es confiable. Es decir, mediante el procedimiento estadístico aplicado (Alpha de Cronbach) se verificó la homogeneidad interna de cada una de las escalas que lo componen. Por otro lado, se verificó que las personas que contestaron



Tabla 1. Coeficientes de fiabilidad del I.P.O.

Inventario de Organización de la Personalidad.	Datos americanos N = 949	Datos argentinos N = 105
<i>ESCALAS GENERALES</i>		
Defensas primitivas	.84	.77
Difusión de identidad	.88	.80
Prueba de realidad	.87	.81
Valores morales	.74	.58
Cualidad de relaciones objetales	.81	.79
Escalas de Relaciones Objetales		
Narcisista	.74	.63
Obsesivo	.81	.74
Paranoide	.81	.73
Infantil	.87	.71
Histriónico	.62	.69
Antisocial	.65	.67
Depresivo masoquista	.79	.69
Normal	.64	.69
Esquizoide	.81	.67

a la prueba comprendieron adecuadamente la significación de los ítems y que la traducción y adaptación al idioma español del cuestionario había sido realizada de modo correcto. Al comparar los coeficientes de fiabilidad obtenidos en esta primera muestra (N = 105) con los datos norteamericanos, observamos que nuestros puntajes de confiabilidad eran algo menores, aunque se conservó el mismo patrón que en la muestra estadounidense.

Evaluación individual del IPO

Cada Escala (factor) del IPO incluye una serie de ítems que se evalúan separadamente. A su vez, cada factor tiene un puntaje máximo total que resulta de la suma del puntaje máximo obtenido en cada ítem (recordar que cada ítem tiene un puntaje de 1 a 5). Por ejemplo, si la *Escala Difusión de Identidad* tuviera 8 ítems el puntaje máximo sería 40 (5 x 8 = 40). El puntaje del sujeto entrevistado se mide en función de la



suma de los puntajes que eligió para cada ítem. Obtenida esta suma individual, se divide la misma por el número total del factor. Por ejemplo, si el sujeto obtuvo una puntuación de 25 en la *Escala Difusión de Identidad* su resultado para ese factor será 0.6 ($25 : 40 = 0.6$). Este resultado se multiplica por 100 para obtener el puntaje en forma de porcentaje (60%). El sujeto tiene 60% de *Difusión de Identidad*. Este porcentaje será comparado con la Media obtenida para ese factor teniendo en cuenta la desviación estándar (s/d) de nuestra población para poder evaluar la patología o no del sujeto con respecto a ese factor en esa población. Los puntajes altos reflejan *siempre* mayor patología, excepto para la *Escala Normal*.

Comparación de las medias con datos norteamericanos

Para estimar si el Cuestionario IPO medía adecuadamente la estructura de la personalidad, se compararon los datos locales con datos norteamericanos de las mismas características sociodemográficas. Se hipotetizó encontrar pocas diferencias entre población general argentina y norteamericana, ya que se trataba en ambos casos de población general no consultante. Dado que el IPO intenta detectar alteraciones psicopatológicas de la personalidad, no deberían encontrarse diferencias muy marcadas entre ambos grupos de sujetos (datos en Tabla 2).

Considerando aquellas escalas en que el Tamaño del Efecto (Effect Size) es de moderado a amplio, las diferencias más significativas se encuentran en solo 4 escalas. Dentro de las *Escalas Primarias o Generales*, el factor *Prueba de Realidad* presenta la diferencia más significativa ($p < 0.0001$). Dentro de los factores *Tipos de Relaciones de Objeto* la mayor diferencia significativa se encuentra en *Antisocial*, *Histriónico* y *Normal* todas con un $p < 0.0001$. Los estudiantes argentinos comparados con los norteamericanos parecen tener una menor conciencia de la realidad contextual, ya que el puntaje en *Prueba de Realidad* es más alto en el estudiantado argentino. Por otra parte, el mayor puntaje en la *Prueba de Realidad* también indica que tiene una menor comprensión de las convenciones sociales y del impacto que su conducta produce en los otros. El puntaje mayor en el *Factor Antisocial* determinaría una mayor tendencia a las conductas trasgresoras y una menor adhesión a cumplir con las reglas y límites que la sociedad impone.

La diferencia significativa entre la población argentina y la norteamericana en el *Factor Histriónico* seguramente responde (en general) a una mayor expresividad de los afectos que es característica de los pueblos latinos respecto de los sajones. En especial, esta diferencia tan marcada en la Media de los rasgos histriónicos en el caso de la población porteña con respecto a la población norteamericana parece obedecer a los rasgos propios de la personalidad histórica, que se corresponde con deseos de llamar la atención de los demás a través de conductas externalizantes, una cierta característica teatral en la expresión de los afectos, cierto exhibicionismo social y una respuesta intuitiva emocional rápida pero superficial hacia los otros En la escala *Nor* -



Tabla 2 – Comparación población norteamericana/argentina.

Inventario de Organización de la personalidad	Datos norteamericanos N = 249		Datos argentinos N = 105		T
	Medias	Desvíos	Medias	Desvíos	
Escalas Generales					
Difusión de Identidad	41,73	9,51	39,43	9,02	2,14*
Defensas Primitivas	32,51	7,19	34,26	7,67	1,98*
Prueba de realidad	23,97	6,85	27,36	8,05	3,76***
Cualidad de relaciones objetales	112,55	14,62	116,55	17,66	2,03*
Valores Morales	28,97	6,22	28,26	5,74	1,03ns
Tipos de relaciones de objeto.					
Antisocial	18,19	4,16	30,18	7,39	15,54***
Depresivo	21,33	5,25	21,26	4,82	0,12ns
Histriónico	10,47	3,27	39,3	8,18	34,79***
Infantil	27,7	6,85	29,25	6,32	2,04*
Narcisista	21,79	4,99	23,5	6,3	2,46*
Normal	37,9	4,34	74,1	8,87	39,67***
Obsesivo	18,28	4,65	16,88	4,44	2,66**
Paranoide	26,81	6,15	27,32	6,25	0,7ns
Esquizoide	18,14	4,89	17,41	4,56	1,34ns

* P < 0.05

** P < 0.01

*** P < 0.001

En negrita valores con tamaño del efecto moderado a amplio.

mal se observan diferencias muy significativas entre ambas poblaciones, con Tamaño del Efecto amplio. Esta información tiene un contraste aparente con el puntaje mayor de la *Escala Antisocial* en la población argentina. Sin embargo, según los autores del inventario, la evaluación del puntaje elevado en las escalas debe interpretarse teniendo en cuenta la *Escala Normal*, ya que el mayor puntaje de la última disminuye el peso psicopatológico de las otras escalas.



Validez Factorial del IPO

Para analizar la estructura factorial de la prueba se llevaron a cabo dos análisis factoriales de componentes principales, efectuándose una rotación Varimax de sus componentes. Para el primer análisis se extrajeron 3 factores que explicaban el 65% de la variancia de las puntuaciones. Se presenta en Tabla 3 la matriz factorial obtenida. En Tabla 4 se presenta la solución factorial obtenida por Clarkin et al. (1995). La solución factorial que se presenta es muy parecida a la obtenida por los autores. Comparando ambas soluciones, podemos observar que existen coincidencias y diferencias en las composición de los factores.

En el Factor 3, el *Factor Normal* se da el mayor grado de coincidencia, ya que es idéntico tanto en la muestra argentina como en la norteamericana (0.95 y 0.96) lo que confirmaría que dicho factor coincide con la ausencia de psicopatología. Lo interesante del Factor 1 obtenido en la muestra argentina es que en él se encuentra el componente *Histeria o Histeroide* y falta el componente *Obsesivo*, que cae en el Factor 2. Está misma situación pero a la inversa ocurre en la muestra norteamericana: el Factor 1 incluye el componente *Obsesivo*, mientras el *Histriónico* cae en el Factor 2 ¿Podríamos hipotetizar que la inversión de estos dos componentes caracterizan los diferentes rasgos de personalidad para cada país? Con respecto a la *Cualidad de las Relaciones objetales*, en nuestra muestra se ubica en el Factor 2, mientras que en la muestra norteamericana cae en el Factor 1.

En la tabla 5 se observa un segundo análisis factorial. En él se introdujeron solo aque-

Tabla 3. Estructura factorial del IPO. Muestra argentina. (N=105)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Dif. de Identidad	0.78	0.39	
Def. Primarias	0.74	0.46	0.14
Prueba de realidad	0.71	0.38	
Depresivo	0.77	0.22	0.27
Esquizoide	0.73	0.26	
Infantil	0.72	0.48	
Histriónico	0.68	0.28	0.34
Narcisista	0.17	0.84	0.14
Antisocial	0.35	0.79	
Cualid. de rel. obj.	0.55	0.77	
Obsesivo	0.33	0.68	0.17
Valores Morales	0.47	0.69	
Paranoide	0.44	0.62	0.16
Normal	0.11	0.11	0.95



Tabla 4. Estructura factorial del IPO. Muestra norteamericana (N = 249)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Dif. de Identidad	0.84	0.34	0.08
Def. Primarias	0.80	0.42	0.14
Prueba de realidad	0.59	0.41	0.15
Depresivo	0.83	0.15	0.18
Esquizoide	0.78	0.27	-0.07
Infantil	0.86	0.35	0.05
Obsesivo	0.69	0.38	0.03
Cualid. de rel.obj.	0.71	0.56	-0.32
<hr/>			
Narcisista	0.57	0.62	0.012
Antisocial	0.17	0.92	0.05
Valores Morales	0.40	0.83	0.06
Paranoide	0.56	0.63	0.09
Histriónico	0.44	0.47	0.29
<hr/>			
Normal	0.07	0.08	0.96

Las variables que señalaban presencia de psicopatología (*Difusión de Identidad, Defensas Primitivas y Prueba de Realidad*), ausencia de psicopatología (*Escala Normal*) y patología del superyó (*Escala Moral*). Se hipotetizó que aquellas variables que señalaban una alteración de la personalidad saturarían muy alto en un solo componente, mientras que aquellas que señalaban ausencia de psicopatología saturarían en otro factor. Se extrajeron dos factores que explicaban el 77% de la variación de las puntuaciones. En la tabla 5 se observan los resultados de este análisis.

En el primer factor obtenido se reúnen las Escalas que indican alteraciones psicopatológicas de la personalidad y en el segundo, la ausencia de la misma, es decir la *Escala Normal*, con lo cual se corrobora la hipótesis planteada.

Tabla 5. Estructura factorial del IPO (Escala principales)

	Factor 1	Factor 2
Dif. de identidad	0.88	
Defensas primitivas	0.88	
Prueba de realidad	0.80	
Cualid. relac.de obj.	0.80	
Valores morales.	0.83	
<hr/>		
Escala Normal		0.96



Validez concurrente (BDI y STAI-E&R)

Para verificar la *Validez concurrente* del IPO con otras pruebas de evaluación psicológica tradicionales ya validadas se correlacionaron las puntuaciones de las escalas del IPO con el Inventario de Depresión de Beck-BDI y con las escalas de Ansiedad estado y rasgo (STAI).

En este caso la hipótesis planteada fue que se encontrarían altas correlaciones en la mayoría de las escalas del IPO (excepto en la escala Normal, que señala ausencia de psicopatología) con pruebas que detectan características de los afectos, básicamente ansiedad y depresión, ya que ambos instrumentos permiten inferir presencia de sintomatología clínica. Se hipotetizó que una alta presencia de sintomatología en estas dos pruebas coexistiría con alteraciones psicopatológicas en la estructura de la personalidad (IPO).

Tabla 6. Correlaciones del IPO con Inventario Beck y Ansiedad

IPO	BDI	STAI-E	STAI-R
Escalas Generales			
Difusión de identidad	.57**	0.48**	0.60**
Defensas primitivas	.59**	0.55**	0.65**
Prueba de realidad	.39**	0.35**	0.47**
Cual.de relaciones objetales	.31**	.27**	.34**
Valores morales	.39**	0.30**	0.38**
Tipos de rel. de objeto.			
Antisocial	0.33**	0.24**	0.30**
Depresivo	0.40**	0.51**	0.58**
Histriónico	0.35**	0.30**	0.37**
Infantil	0.19**	0.45**	0.55**
Narcisista	0.26**	0.17ns.	0.27**
Normal	0.08ns.	0.11ns.	0.07ns.
Obsesivo	0.26**	0.26**	0.36**
Paranoide	0.23**	0.28**	0.35**
Esquizoide	0.46**	0.48**	0.52**

Correlaciones $r > 0.20$, tamaño del efecto moderado a amplio.

** $p < 0.01$



Los resultados de la Tabla 6 permiten afirmar que un mayor predominio de psicopatología de la personalidad (altas puntuaciones en el IPO) correlaciona con una mayor sintomatología clínica asociada en las pruebas de depresión y ansiedad, especialmente en las *tres Escalas Primaria: Difusión de Identidad, Defensas Primitivas y Prueba de Realidad*, hipótesis que concuerda con los hallazgos clínicos de Kernberg (1976, 1984, 1996) en el sentido de que estos pacientes suelen presentar, en el nivel manifiesto, tanto una ansiedad flotante, crónica y difusa, cuanto una depresión que, más que un cuadro depresivo, suele ser defensiva de un trastorno narcisista cuando las expectativas fantaseadas fracasan. Acorde con estos hallazgos clínicos encontramos en las pruebas estadísticas del área de *Tipos de Relaciones de Objeto*, que el *Tipo Depresivo*, correlaciona más alto con el BDI y el STAI en sus dos posibilidades: estado y rasgo. Correlaciones del mismo tenor se encuentran en la personalidad *Esquizoide*. En el *Tipo Infantil*, al cual según Kernberg en su mayoría subyace una estructura narcisista, la correlación se encuentra más acentuada en el STAI-rasgo y estado que en el BDI.

Discusión

El estudio que aquí presentamos constituye una primera muestra del trabajo de adaptación al idioma español y rioplatense del instrumento IPO. Los datos presentados verifican que este instrumento es un inventario válido y confiable para la evaluación de la personalidad. Desde el punto de vista conceptual, el marco teórico que lo avala se basa en la integración de corrientes de origen psicoanalítico: en primer lugar, el concepto de *estructura mental* de Freud (yo, ello y superyó) y, en segundo lugar, los aportes posfreudianos como la teoría de las relaciones objetales de la escuela inglesa de psicoanálisis y la psicología del yo de la escuela americana, además de incluir el desarrollo de temas propios de Kernberg sobre la motivación, los afectos y las pulsiones en la organización de la personalidad.

La versión que aquí presentamos evalúa la *organización estructural* de la personalidad en sus tres posibilidades: neurótica, fronteriza y/o psicótica mediante las tres Escalas Primarias: *Difusión de Identidad, Defensas Primitivas y Prueba de Realidad*, dos Escalas Globales: *Valores Morales y Calidad de Relaciones Objetales* y siete *Tipos de Relaciones Objetales*. Se caracteriza por ser un instrumento vivo, que está en continua revisión, en la medida en que los estudios de validación intra-intertest van progresando (IPO 95/99; 2000 y 2002).

En el nivel individual, la creación de este instrumento tiene dos beneficios: 1) poder realizar un diagnóstico de la personalidad de tipo *psicoanalítico*, situación en la cual nuestro ámbito clínico se halla en déficit (ya que los tratamientos psicoterapéuticos se evalúan con instrumentos importados de terapias cognitivo-conductuales) y 2) evaluar la eficacia terapéutica es decir, evaluar en el plano empírico los cambios en la *organización estructural* (no solo sintomática) que se producen por efecto de las



psicoterapias de orientación psicoanalítica (psicoanálisis, psicoterapia psicodinámica, en sus diversas variantes) y muy especialmente, los cambios en la psicoterapia creada por Kernberg para pacientes con trastornos borderline, la *Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP-Transference Focused Psychotherapy)* para pacientes borderline (Clarkin, J., Yeomans, F, y Kernberg, O., 1999).

En el nivel colectivo, dado que su *administración* es sencilla por tratarse de un instrumento de respuestas cerradas y de autollenado, el IPO puede ser administrado en el ámbito escolar, laboral, forense, etc., para evaluar las características estructurales de personalidad de ciertas poblaciones. Su evaluación puede hacerse en dos niveles: el *cuantitativo* y el *cualitativo*. El primero no requiere casi de capacitación; se obtiene una evaluación numérica que puede ser comparada con las medias estándar y sus desvíos obtenidas por los estudios estadísticos de rutina. El segundo nivel de análisis es el *cualitativo*, que debe ser realizado por profesionales formados en la disciplina del psicoanálisis, que puedan extraer de esa primera evaluación cuantitativa una interpretación profunda y compleja basada en la inferencia psicoanalítica y en el conocimiento exhaustivo de la psicopatología psicoanalítica que lo sustenta.

Con respecto a los datos obtenidos en esta muestra, podemos decir que las diferencias obtenidas con la muestra de población general estadounidense son similares a las diferencias que se han obtenido cuando se administra un inventario de personalidad en población general no clínica en la Argentina y se lo compara con otra población de origen foráneo. Al respecto, otros estudios con instrumentos que evalúan alteraciones de la personalidad (MMPI-2, MCMI-III) y/o estilos de personalidad (MIPS) han verificado que las diferencias encontradas entre población general estadounidense y argentina se deben, en mayor medida, a influencias culturales que a alteraciones patológicas de la personalidad, reforzando así la validez de los instrumentos (Casullo, 1996).

En esta dirección estarían las diferencias encontradas en el IPO entre las dos poblaciones comparadas. Por ejemplo, se encontraron diferencias significativas en cuatro de los Factores que lo componen: una en la *Prueba de realidad* (correspondiente a una de las tres escalas primarias) y tres en *Tipo de Relaciones Objetales: Antisocial, Histriónico y Normal*. Respecto del primero factor (*Prueba de realidad*), la diferencia es altamente significativa, lo cual conduciría a pensar, en una interpretación solo cuantitativa, que la población porteña tiene mayor porcentaje de distorsión de la realidad. Si combinamos esta apreciación con las diferencias significativas entre los porcentajes referidos a tipos de relaciones objetales antisocial e histriónico, podríamos concluir aun más que la población porteña presenta rasgos de patología más pronunciados. Comentaré brevemente los tres factores ya mencionados ligados a tipos de relaciones objetales. El primer factor parece coincidente con un rasgo afín de la población porteña en general, pero más especialmente de la población universitaria a la



que fue administrado el Cuestionario: estudiantes de Ciclo Básico Común de la Universidad de Buenos Aires. Esta población, a la que podríamos llamar “políticamente esclarecida”, tiene un conocimiento (que se les imparte durante ese primer año universitario) que está dirigido a informar sobre la situación sociopolítica de nuestro país inserta en el contexto político latinoamericano que, tiende a fomentar la protesta hacia los que imparten la ley. Con respecto al segundo factor, el *Histriónico*, es bastante conocido el rasgo de extraversión y expresión de los afectos en nuestra población (y en la población latina) en comparación con la norteamericana y en general con las características sajonas de personalidad. Por último, con respecto al Factor *Normal* se cumple lo que los autores afirman acerca de que, a la inversa de los demás factores, el mayor puntaje coincide con mayor índice de salud mental. Por lo tanto, la interpretación que los autores del IPO proponen para evaluar las escalas en términos psicopatológicos puede aplicarse a los resultados obtenidos en la muestra argentina. En primer lugar las diferencias entre los supuestos rasos psicopatológicos de las tres escalas antes comentadas en la población argentina quedarían atenuadas por el cuarto factor (escala normal), que, además de una alta significatividad, tiene un tamaño de efecto amplio. En segundo lugar esta observación coincidiría también con la hipótesis de que los resultados de los instrumentos provenientes de otros países y estandarizados en el nuestro reflejan diferencias que se deben a causas culturales y no psicopatológicas.

Por último, estamos concientes de que se necesitan futuras investigaciones en el estudio del IPO que verifiquen o refuten los resultados encontrados en esta muestra. En el ámbito clínico y en el nivel individual, es necesario saber si esta adaptación es útil para investigar eficacia terapéutica; en el terreno no-clínico tanto en el nivel individual como en el colectivo, deseamos determinar si puede ser aplicado para realizar estudios sobre salud mental poblacional, educativos, laborales, etc.

Cabe agregar por último que está en proceso de adaptación la versión IPO 2000. Esta versión ha sido traducida al español siguiendo los procedimientos correspondientes para este tipo de tarea, y la hemos administrado a una muestra no clínica de 70 sujetos, en edades que van desde 20 a 40 años. Asimismo, hemos comenzado a aplicar esta versión a una muestra clínica. Los pacientes de esta muestra provienen del *Subprograma de Psicología Clínica para Adolescentes* de la Facultad de Psicología de la UBA que funciona en la sede Regional Sur-Avellaneda. La muestra clínica consta de adolescentes de sexo femenino con Trastornos de Alimentación, en un rango de edad entre 14 y 25 años. También se ha administrado a pacientes adultos en tratamiento, padres de adolescentes violentos de ambos sexos y de adolescentes femeninas con Trastornos de Alimentación, cuyo rango de edad oscila entre 35 y 55 años. Los datos obtenidos se hallan en proceso de evaluación estadística pero aún no se han procesado los resultados.



Bibliografía

American Psychiatric Association, DSM III (1980), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. Washington D.C. EE.UU.

American Psychiatric Association, DSM III R (1987), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. Washington D.C. EE.UU.

American Psychiatric Association, DSM IV (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. Washington D.C. EE.UU.

Anzieu, D. (1975), El Inconsciente y el Grupo, Madrid: Biblioteca Nueva, 1978.

Aulagnier, Piera (1975), La violencia de la interpretación. Buenos Aires, Amorrortu Ed., 1977.

Beck, A. (1972), "The phenomena of depression: A synthesis", en D. Offer y D.X. Freeman (Eds.) Modern Psychiatric and Clinical Research, Nueva York: Basic Book, págs. 136-158.

Bion, W. R. (1957), Second Thoughts, Nueva York Aronson.

Bursten, B. (1989), "The relationship between narcissistic and antisocial personalities", en O.F. Kernberg (Ed.), Narcissistic personality disorder: Psychiatric clinics of North America, págs. 571-584. Philadelphia: Saunders.

Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. L. y Benporath, Y. (1990), Development and use of the MMPI-2 content scales. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Casullo, M. M. (1996), "Evaluación psicológica de malestares depresivos en adolescentes", en Casullo, M.M. (Comp.) Evaluación psicológica en el campo de la salud. Barcelona: Paidós.

Casullo, M. M.; Castro Solano, A. (2000), "Adaptación del MIPS en Argentina", en Estilos de personalidad. Madrid: Miño y Dávila.

Clarkin, J., Foelsch, P. y Kernberg, O. (1995), Manual for the Inventory of Personality Organization (IPO), The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Cornell University Medical College.

Clarkin, J., Yeomans, F., y Kernberg, O. (1999), Psychotherapy for Borderline Personality, Nueva York, John Wiley y Sons, Inc.



Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1990), "Personality disorders and the five-factor model of personality", Journal of Personality Disorders, 4, 362-371.

Derksen, J. (1995), Personality Disorders: Clinical and Social Perspectives. Nueva York: John Wiley y Sons.

Chasseguet-Smirgel, J. (1973), Essai sur l'Idéal du Moi. París: Presses Universitaires de France.

Erikson, E. (1954), "The dream specimen of psychoanalysis", J. Am. Psychoanalytic Assos. 2: 5-56.

Erikson, E. (1982), El ciclo vital completado Barcelona, Buenos Aires, Ed. Paidós, 2000.

Fain, M. (1971), "Prélude à la vie fantasmatique", Reveu Française de Psychanalyse, vol 35, n° 2/3, pag.291-364.

Fairbairn, WRD, (1952), An Object-Relations Theory of the Personality. Nueva York: Basic Books

Freud, S. (1923b), El yo y el ello, en AE, vol. 19.

(1924b), "Neurosis y psicosis", en AE, vol. 19.

Goldberg, L.R. (1992), "The development of markers for the big-five factor structure", Psychological Assessment, 4, 26-42.

Green, A. (1986), De locuras privadas, Buenos Aires, Amorrortu Ed.

Hare, R.D. (1991), The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto: Multihealth Systems.

Hartmann, H. (1958), Ego psychology and the problem of adaptation. Nueva York: International Universities Press.

Hirschfeld, R. (1993), "The Williamsburg Conference on Personality Disorders: What have we learned?", Journal of Personality Disorders. Supp, 4-8

Jacobson, E. (1971), Depresión. Estudios comparativos de condiciones normales, neuroticas y psicóticas, Buenos Aires, Amorrortu Ediciones, 1990.

Kernberg, O. F. (1976), La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico Ed. Paidós, 1979.



- (1984), Trastornos graves de personalidad. Ed. El Manual Moderno. México, 1987.
- (1989), "The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior", en O. F. Kernberg (Ed.), Narcissistic personality disorder: Psychiatric clinics of North America, págs. 553-570. Philadelphia: Saunders
- (1992), La agresión en las perversiones y en los desórdenes de personalidad. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1994.
- (1996), "Apsychoanalytic theory of personality disorders", en J. F. Clarkin y M. Lenzenweger (Eds.), Major theories of personality disorder, págs. 106-137. Nueva York: Guilford Press.
- Kernberg, O. F., Selser, M; Koenigsberg, H; Carr, A.; Apperbaum, A; (1989), Psicoterapia psicodinámica del paciente limítrofe. México, Ed. Planeta Mexicana, 1995.
- Klein, M. (1957), Envy and Gratitude. Nueva York: Basic Books.
- Klein, M. (1993), "Issues in the assessment of personality disorders", Journal of Personality Disorders. Suppl, 18-33.
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1991), "Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación", en Casullo, M. M., Leibovich de Figueroa, N. B. y Aszkenazi, M. Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
- Mahler, M (1975), El nacimiento psicológico del infante humano, Buenos Aires, Editorial Marymar, 1977.
- Marty, P.(1990), La psicósomática del adulto. Buenos Aires, Amorrortu Ed., 1992.
- Mc Dougall, J. (1989), Los teatros del cuerpo. Madrid, Julian Yébenes, SA.
- Millon, T. (1990), Toward a new personology. Nueva York: John Wiley y Sons.
- Millon, T., Millon, C., y Davis, R. D. (1994), Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. y Davis, R. (1998), Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.
- M'Uzan, G. de (1981), "Relaxation et psychanalyse", Reveu FranVaise de Psychanalyse, vol XLV, n°2, pag.379-90.



Quiroga, S. E. (1995-2000), Adolescencia tardía y migración: su repercusión en estudiantes universitarios. Directora del Proyecto UBACyT. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires

(1997), Adolescencia tardía y migración: su repercusión en estudiantes universitarios. Directora del Proyecto UBACyT. "Estudio de depresión en población no clínica. Adolescentes tardíos migrados", Ficha de Cátedra Adolescencia, Facultad de Psicología-UBA.

(1997), The New York Hospital, Cornell Medical Center, White Plains, N. Y., EE.UU. Personality Disorders Institute. Beca Thalmann. Universidad de Buenos Aires.

Rapaport, D. (1958), "The theory of ego autonomy: A generalization", Bulletin of the Menninger Clinic, 22, págs. 13-35

Spielberger, Ch. D., Edwards, D. C., Lushene, R. E., Montouri, J., Platzek, D. (1973), STAIC. Preliminary Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Stone, M. (1990), The fate of borderline patients. Nueva York: Guilford Press.

Yeomans, E. Clarkin, J., Kernberg, O. F. The Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient, Nueva Jersey, Jason Aronson. 2002.

Weissman, M. (1993), "The epidemiology of personality disorders: a 1990 update", Journal of Personality Disorders, Suppl, 44-62.

Primera versión: 3 de junio de 2002

Aprobado: 18 de octubre de 2002