

Compresión fenomenológica el TLP: aportes del Rorschach en una muestra peruana

Phenomenological understanding of BPD: contributions of the Rorschach in a Peruvian sample

María del Carmen Espinoza Reyes*¹

Leonardo Percy Huertas Mantilla*²

1

En el contexto actual, el diagnóstico de trastornos mentales se basa principalmente en procedimientos que identifican síntomas compatibles con los criterios diagnósticos de los manuales clasificatorios de enfermedades. El presente trabajo presenta el análisis descriptivo-interpretativo de las respuestas de 12 participantes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, a quienes se les administró el Test de Rorschach por medio del Sistema Comprensivo (SC). Estas respuestas fueron evaluadas con el objetivo de explorar la subjetividad mediante el análisis del sumario estructural y un abordaje cualitativo de los contenidos y códigos especiales. Los resultados evidencian que la problemática central asociada a este trastorno se relaciona con dificultades en la construcción de la identidad. Asimismo, se discute la necesidad de revalorar las psicoterapias que aborden de manera profunda aspectos intrasubjetivos, conflictos inconscientes y relaciones interpersonales.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, Test de Rorschach, Sistema comprensivo (SC), Fenómenos especiales

*^{1,2} Universidad Ricardo Palma (Santiago de Surco, Peru).



Introducción

2 A lo largo del tiempo, el trastorno límite de la personalidad, ha sido ampliamente discutido en el campo de la salud mental sobre todo en cuanto a su conceptualización y a la inclusión de criterios diagnósticos, ya que de ello dependen las técnicas de intervención más adecuadas (Acklin, 1993; Baity et al., 2009; Bergeret, 2005; Bornstein et al., 2010). Es difícil de diagnosticar debido a la complejidad psicológica de quienes lo padecen y su alta prevalencia en la población. Su incidencia oscila entre el 0.7 y 5.9% (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013; Grant et al., 2008; Riquelme y Oksenberg, 2003; Soler et al., 2016) y si bien no discrimina sexo, país, profesión, estrato socioeconómico ni edad, es más frecuente en mujeres, adultos jóvenes, separados, divorciados, viudos y en aquellos con ingresos y niveles de educación más bajos (Grant et al., 2008). En el contexto peruano, Vásquez-Dextre (2016), encontró que, en pacientes ambulatorios, su presencia es de 11% y en pacientes internados es de 20%. De estos, el 75% presenta conductas autolesivas, mientras que el 10% llega al suicidio consumado. La comorbilidad también es alta y variada, destacándose la depresión y el abuso de sustancias.

En la actualidad hay un uso extendido de la terminología límite o limítrofe, *borderline* y trastorno fronterizo o límite de la personalidad (Butcher et al., 2007). La denominación ha dependido de la orientación teórica desde la que se plantea su abordaje. Así, por ejemplo, en la literatura en español, convencionalmente se usan los términos límite o limítrofe cuando la orientación es cognitivo conductual, y *borderline* cuando la postura es psicodinámica. Tradicionalmente ha sido concebido como un estado mental límite entre los trastornos neuróticos y psicóticos (Paris, 1999). Con todo, Gabbard (2009) considera que existen cuestionables controversias sobre el término limítrofe o *borderline*, ya que este padecimiento no

ARTÍCULO

sería un trastorno de personalidad específico, sino que más bien podría considerarse dentro de un amplio espectro.

Desde las décadas de 1930 a 1940, al ser un síndrome que no clasificaba para su diagnóstico como esquizofrenia (Mack, 1975) pero tampoco podía ser tratado con psicoanálisis clásico, se le denominó esquizofrenia pseudoneurótica (Hoch y Polatin, 1949). Knight (1953) usó el término límite y Grinker et al. (1968) intentaron definir el trastorno. Históricamente, desde una perspectiva psicodinámica, los primeros intentos más acertados para comprenderlo como una entidad independiente fueron los de este último. Fairbairn (1962) y Bergeret (2005), en tanto entendieron al trastorno como un proceso regresivo o como un defecto del desarrollo de causas desconocidas en el que están afectadas las funciones del Yo y que conlleva conductas adaptativas y defensivas de carácter neurótico.

No obstante, Kernberg (1967; 1975; 1984) tras un análisis profundo desde la psicología del Yo y de la teoría de las relaciones objetales, introdujo el término “organización *borderline* de la personalidad”, para describir a una organización patológica específica, estable, crónica y no un estado transitorio que fluctúa entre neurosis y psicosis. Sus características son: a) constelaciones sintomáticas típicas; b) una constelación típica de maniobras defensivas del Yo; c) una patología típica de las relaciones objetales internalizadas; y d) rasgos genético-dinámicos típicos. Para Kernberg, el diagnóstico del trastorno *borderline* se basa en tres categorías de criterios. La primera y más importante, abarca dos niveles: ausencia de psicosis e integración deteriorada del Yo. La segunda, denominada no específica, incluye aspectos tales como baja tolerancia a la ansiedad y pobre control de los impulsos; y la tercera, una capacidad subdesarrollada o pobre de gozar el trabajo o las relaciones de una manera significativa. Kernberg (1975) sostiene que las personas con organización *borderline* se diferencian de las neuróticas por la presencia de defensas primitivas. Estas personas experimentan dificultades con la constancia del objeto, percibiendo cada acción de quienes los rodean de manera aislada, sin tener en cuenta un contexto previo. Carecen de un sentido de continuidad coherente en relación con las personas y los elementos de su entorno, lo que les impide establecer una visión estable y congruente sobre ellos y su realidad.

Posteriormente se han planteado otros modelos para la comprensión y tratamiento del trastorno límite de la personalidad [TLP] (Molina, 2004; Reyes et al., 2015; Yeomans et al., 2016). Hoy por hoy, se tiene una comprensión desde los hallazgos de las neurociencias y las técnicas de neuroimagen (Berlin et al., 2005; Dell’Osso et al., 2010; Driessen et al., 2000).

En otra línea, Allen y Fonagy (2006) atribuyen los trastornos límite a la reactivación de modos pre-mentalizadores por fallas en el apego infantil, mientras que Linehan (1993) los vincula a una desregulación emocional causada por irregularidades biológicas hereditarias y un ambiente invalidante. Ambos enfoques respaldan intervenciones terapéuticas directivas, como la terapia conductual dialéctica (Linehan, 2003).

Con todo, consideramos la perspectiva de Otto Kernberg, la más pertinente para contextualizar el presente estudio debido a que su conceptualización sugiere la presencia de estructuras latentes subyacentes a la patología de personalidad (Clarkin et al., 2007).

Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad

La Teoría Evolutiva de la Personalidad de Millon et al. (2000) propone dos perspectivas: estructural y clasificatoria. En la estructural, Millon et al. (2006) destacan a) alteraciones en la identidad, b) la autoimagen, c) la regulación afectiva, d) la relación de objetos, e) mecanismos de defensa primitivos y f) creencias fundamentales, lo que genera sentimientos de indignidad, miedo al abandono y vacío. En la clasificatoria, se identifican subtipos basados en patrones de comportamiento y estrategias de afrontamiento: a) desalentados, b) impulsivos, c) petulantes y d) autodestructivos. El objetivo de Millon fue reflejar la heterogeneidad del trastorno y sus diversas manifestaciones.

Sin embargo, el procedimiento diagnóstico más común, a pesar de las críticas por sus limitaciones (Bornstein, 2022), suele estar basado en los criterios diagnósticos que proveen los manuales clasificatorios. Así, según la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2022), en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5-TR], caracteriza al TLP como un patrón prolongado de inestabilidad en el estado de ánimo, las relaciones interpersonales y la imagen de sí mismo que es lo suficientemente grave como para causar una angustia extrema o interferir con el funcionamiento social y laboral. Entre sus manifestaciones se encuentran a) comportamiento autodestructivo; b) relaciones intensas pero inestables; c) arrebatos de mal genio incontrolables; d) incertidumbre sobre la autoimagen, género, objetivos y lealtades; e) estados de ánimo cambiantes; f) comportamiento autodestructivo, como peleas, gestos suicidas o automutilación; y g) sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento. Varios de estos criterios coinciden con los establecidos en la versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales

(CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, que fueron utilizados para diagnosticar a los participantes en este estudio, dado que constituyeron el criterio aplicado en la institución hospitalaria de donde se obtuvo la muestra. Estos criterios incluyen: a) alteraciones en la autoimagen, b) crisis emocionales derivadas de relaciones intensas e inestables, c) esfuerzos excesivos para evitar el abandono, d) autolesiones recurrentes y e) sentimientos crónicos de vacío (OMS, 1992).

Resulta de vital importancia para el presente estudio identificar antecedentes con el uso del Test de Rorschach en contextos fenomenológicos. Son pocos los estudios realizados en población TLP con este instrumento, que permitan un entendimiento psicodinámico de su subjetividad (Brand et al., 2009), en contraposición, los hallados se orientan, en su mayoría a la descripción de síntomas externalizados.

En el campo de la fenomenología, se ha encontrado un estudio de Barbosa (2013) quien, con el uso de las técnicas proyectivas, profundiza en la subjetividad de los pacientes con TLP a través de técnicas gráficas.

En ese contexto, se han identificado algunos trabajos que se remontan a los primeros estudios de Hermann Rorschach en pacientes con psicosis (Exner, 1994) hasta asociaciones estadísticas con variables no personalológicas, como la inteligencia en pacientes limítrofes (Hymowitz et al., 1983). En la misma línea, estudios como el de Lerner et al. (1987), empezaron a resaltar aspectos más estructurales de la condición del TLP, como una descripción profunda acerca de la validez de las defensas yoicas ante la angustia suscitada. Este interés se fue difundiendo a otras áreas de la patología límite tal como lo anticiparon las investigaciones de Larson et al. (1981), y luego los estudios que relacionan las variables Rorschach con los criterios diagnósticos de las diferentes versiones del DSM (Blais et al., 1999; Burla et al., 1997; Fowler et al., 2005).

En su momento, Patrick y Wolfe (1983) ampliaron el panorama del Rorschach sobre el paciente *borderline* al aportar información cualitativa que facilitaba la diferenciación diagnóstica. Por su lado, Acklin (1993) analizó cómo el Rorschach desde una perspectiva nomotética contribuye a describir y diagnosticar la organización de la personalidad *borderline* así denominada por Kernberg, siendo difícil la delimitación de las fronteras psicótica y neurótica. Por otro lado, Hilsenroth et al. (1993), examinaron las diferencias en las escalas de defensa de Lerner y Lerner, además de los contenidos agresivos de Holt de pacientes con narcisismo y TLP, encontrando que estos últimos reportan mayores estructuras defensivas primitivas y agresivas, así como

agresiones más intensas, aparte de una mayor grandiosidad. Harris (1993), usó el índice de trastorno del pensamiento de Johnston y Holzman para evaluar los protocolos de Rorschach y WAIS-R en pacientes con TLP y otros trastornos de personalidad.

De esta forma, se obtuvieron respuestas de trastornos del pensamiento en pruebas psicológicas no estructuradas, como el Rorschach, sin embargo, no en pruebas más estructuradas como WAIS-R para los pacientes con TLP.

En el ámbito evolutivo, Acklin (1995) encontró relación entre el TLP infantil y adulto. De forma similar, Wixon et al. (1993) observaron que las adolescentes límite obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que las no límite con diagnóstico depresivo en las escalas de dependencia oral del Rorschach y en las de dependencia y autocrítica del Cuestionario de Experiencia Depresiva. Espinoza (2020) reporta una serie de estudios que evidencian la complejidad diagnóstica del trastorno, debido a su concepción multidimensional, especialmente en edades tempranas.

6 Por otro lado, estudios como el de Blais et al. (2001), demostraron que las variables Rorschach y las escalas de trastorno de personalidad del MMPI predicen los criterios del TLP en el DSM-IV; los hallazgos revelaron que 5 de 30 correlaciones alcanzaron significancia. Zodan et al. (2009) compararon el desempeño del Rorschach en pacientes con TLP y sin TLP analizando la prueba de la realidad, evaluación de la afectividad y el funcionamiento relacional; los hallazgos señalan diferencias significativas en regulación afectiva y funcionamiento relacional, demostrando que el criterio de realidad se mantiene similar en ambas muestras.

En una línea más personalógica, los estudios de Exner (2010) son relevantes al examinar las diferencias y similitudes entre pacientes esquizofrénicos, esquizotípicos y borderline. Tal análisis surge ante la insuficiencia del DSM-III para clasificar la complejidad y variabilidad de sus manifestaciones clínicas.

Por ello, Exner recomienda el uso del Test de Rorschach, ya que su triada cognitiva proporciona información útil para precisar tanto la organización como el funcionamiento psicológico de estos pacientes, quienes se caracterizan por presentar un compromiso en las funciones cognitivas.

Bornstein et al. (2010), relacionan el Trastorno de Dependencia Emocional (TDE) con los resultados del Rorschach sobre las características dependientes del TLP; analizan la comorbilidad del TLP con el TDE encontrando indicadores concurrentes entre ambos.

En otras investigaciones con el Test de Rorschach, se observa que los individuos diagnosticados con el TLP según el DSM-III-R evidencian una mayor disfunción en las agrupaciones de variables afectivas e interpersonales del sumario estructural, sin embargo, esto no siempre está acompañado de los índices DEPI y CDI, lo cual cuestiona su validez psicodiagnóstica (Carlson et al., 1997; Ridenour et al., 2019). Aunado a esto, Baity et al. (2009) y Bornstein et al. (2010), compararon en una muestra de protocolos de pacientes con TLP que presentaban conducta automutilante y otra no, encontrando correspondencia en ambas muestras al obtener variables Rorschach exacerbadas en relación con la agresión, relaciones objetales, defensas yoicas, alteración de límites elevados y especialmente con la dependencia.

Posteriormente, Selma (2016) evidenció que el Rorschach no solo está vinculado a manera de psicodiagnóstico con los glosarios internacionales como el DSM o el CIE, sino que, en el ámbito de las neurociencias, asocia variables psicobiológicas a sus indicadores, según técnicas de neuroimagen funcional.

En este contexto, el objetivo del presente estudio es aportar una comprensión más profunda y estructural de la organización *borderline* de la personalidad. Para ello, se considera esencial incorporar información cualitativa derivada de las respuestas dadas al Rorschach. El enfoque fenomenológico propuesto por Bohm (2000) resulta particularmente útil, ya que ha sido utilizado como marco interpretativo para comprender diversos síndromes clínicos en pacientes.

Sin embargo, cabe señalar que los estudios indagados en diferentes bases de datos, como PubMed, ResearchGate, APA PsycNet y Taylor & Francis Online no han permitido encontrar estudios específicos sobre población *borderline* con este enfoque, lo que constituye un aporte significativo del trabajo que aquí se presenta. Además, es particularmente importante revalorizar la información de la dinámica subyacente al trastorno como una forma de contribuir con un abordaje más comprensivo que descriptivo del trastorno que tanto afecta la calidad de vida de las personas con TLP y que viene siendo atendido, fundamentalmente, con terapias directivas, basadas en síntomas externalizados.

A partir de lo expuesto, los postulados teóricos de Kernberg (1967; 1975) son clave para el entendimiento y diagnóstico de esta problemática. Además de ser fundamentales para la comprensión subjetiva, estructural y dinámica del funcionamiento psíquico de los pacientes. Kernberg denomina esta condición “organización *borderline* de la personalidad” (BOP). Siguiendo

esa lógica y porque analizamos la subjetividad de los pacientes, en adelante usaremos el término *borderline* en lugar de TLP.

Método

Procedimiento

En primer lugar, se obtuvo el permiso institucional para la realización del estudio. Posteriormente, a todos los participantes se les solicitó el consentimiento informado, tanto para la aplicación del instrumento como para el uso de la información en la investigación. Se adjuntó una ficha sociodemográfica conteniendo los siguientes datos: nombres, edad, estado civil, grado de instrucción, lugar y fecha de nacimiento, tiempo y lugar de residencia en la ciudad de Lima, parentesco del servicio FOSPOLI [Fondo de Salud para el personal de la Policía Nacional del Perú], religión, diagnóstico, fecha y tiempo del diagnóstico y tipo de tratamiento actual, sea psicológico, farmacológico o ambos.

8 El Test de Rorschach a través del Sistema Comprensivo (SC) fue aplicado en una sesión de hora y media de duración aproximada por uno de los autores del presente artículo quien cuenta con la formación y entrenamiento competente para la realización de la tarea. Finalmente, todos los protocolos fueron codificados independientemente por ambos investigadores tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos. Se encontró una confiabilidad entre codificadores (índice *Kappa* de Cohen de .75), el cual es considerado substancial (Manterola et al., 2018).

Data analysis

Para la comparación de algunos puntajes se utilizó el baremo elaborado por Ráez (2007) en población peruana utilizando como referencia los promedios aritméticos y frecuencias simples. Para la interpretación de los clusters cognitivos y afectivos se necesitó el apoyo de las propuestas de Sendín (2007) y Exner (2005).

Para el análisis cualitativo de fenómenos especiales (FE) se usó el Sistema de Rorschach de Bohm (2000) centrado en la evaluación de contenidos latentes y manifiestos de las respuestas expresadas en el discurso del evaluado.

ARTÍCULO

Muestra

La muestra estuvo conformada por usuarios o familiares adultos que asistían de manera ambulatoria al servicio FOSPOLI de un hospital nacional de la policía en la Ciudad de Lima, Perú. Por medio de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, se seleccionaron 12 participantes cuyas edades estaban comprendidas entre los 18 y 35 años. Entre los criterios de inclusión se consideró que cuenten con una historia clínica activa con el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad tipo límite o impulsivo según CIE-10, pertenecer al sexo masculino o femenino, con independencia de la orientación sexual. Como criterios de exclusión se consideraron protocolos con menos de 14 respuestas o un Lambda invalidante ($L > 1.00$), además de que estuviesen bajo los efectos de estupefacientes en el momento de la evaluación. Se excluyeron personas con diagnóstico psicótico, ya que los trastornos del pensamiento podrían distorsionar la información. También se excluyó a pacientes con daño orgánico cerebral, debido a posibles alteraciones en la comunicación. Finalmente, se exceptuó a personas con enfermedades crónicas o terminales, pues los procesos de duelo podrían afectar la precisión de la información.

9

Tabla 1
Datos informativos de los participantes

Datos personales		Porcentajes (%)
Sexo	Hombre = 30	Mujer: 70
Edad	(18 a 25) = 60	(26 a 35) = 40
Estado civil	Soltero = 75	Casado = 25
Grado de instrucción	Técnico Superior = 85	Superior en curso = 15
Religión	Católica o cristiana = 40	Agnósticos o ateos = 60
Tiempo del diagnóstico	(Más de un año) = 70	(Menos de un año) = 30
Tipo de tratamiento	Farmacológico y psicológico = 80	Solo psicológico = 20

Técnicas e instrumentos

Ficha sociodemográfica elaborada expresamente para el presente estudio.

Test de Rorschach (Rorschach, 1921) cuyas respuestas fueron codificadas con el SC de Exner (1994; 2005).

La decisión de incorporar el estudio de los Fenómenos Especiales radica en la importancia que estos pueden tener en el proceso diagnóstico de patologías complejas como es el trastorno *borderline*. Si bien hay a la fecha, reformulaciones o ampliaciones de los (FE) (Passalacqua y Gravenhorst, 2010) consideramos que los que fueron sistematizados por Bohm (2000), son de mucha utilidad para el presente estudio.

Resultados

10 A continuación, se presentan análisis más cualitativos que cuantitativos de los protocolos, en tanto, a la fecha no se han reportado, estudios empíricos que permitan hacer comparaciones de datos estadísticos sobre el análisis de contenido o las verbalizaciones de los evaluados. Los identificados, datan de épocas antiguas (Blatt, 2003; Harris, 1993; Passalacqua y Gravenhorst, 2010; Portuondo, 1989) y entre los más actualizados se encuentran los trabajos de Exner (2010), Sendín (2007) y Zodan et al. (2009) aunque en ellos no se reportan resultados como los que se pretenden en este trabajo.

Para un mejor detalle de los resultados cuantitativos, se presentan los promedios obtenidos y entre paréntesis el número de sujetos (n=) que cumplen el criterio o índice especificado.

En la Tabla 2 se muestran los resultados numéricos más significativos. El análisis de porcentajes, proporciones y derivaciones vinculados al área cognitiva y de afectos, si bien muestra algunos datos relevantes (X-% o SumPon6 elevados), no refleja del todo la experiencia emocional y subjetiva que viven los pacientes como si lo muestran los contenidos de las respuestas (Tabla 3) o la forma en que se verbalizan las mismas (Tabla 4). Como se puede observar, los signos y síntomas que presentan los pacientes y que describen los manuales diagnósticos son la expresión del funcionamiento de una estructura yoica debilitada o descompensada, que un análisis cualitativo es capaz de revelar tanto en la simbología de los contenidos, como en la presencia de los (FE). Y es que, la evaluación formal del test nos brinda información de cómo se expresa un sujeto, pero no cómo vive o piensa, en cambio, la interpretación de los contenidos va más allá, y permite conocer fantasías,

deseos y necesidades, todo lo cual está detrás de la conducta manifiesta de las personas (Mirotti, 2013).

De los 12, 5 sujetos tienen el índice Lambda (L) ($L < 0.99$; $n=5$), en un rango esperado como muestra de un control cognitivo adaptativo y flexible en la manera de aproximarse a los estímulos (prueba de realidad conservada). El promedio en el número de respuestas ($R=27.44$) es alto al igual que las respuestas de movimiento humano ($M \geq 3$; $n=9$) si se consideran las normas peruanas de Ráez (2007). Estos resultados básicos y hasta positivos indican que la afectación está más a nivel psicodinámico y estructural que descriptivo, tal como se manifiesta en los siguientes datos.

La elevación del lado izquierdo con respecto al derecho en $\text{SumC}' < \text{SumPonC}$ ($n=9$), muestra que la persona funciona con el uso de la triada represión-internalización-desplazamiento (Sendín, 2007), lo cual genera preocupación por el propio cuerpo, y que suele derivar en sintomatología psicósomática. Si a ello se agrega la alta descarga de afectividad ($C > 1$; $n=4$), que conlleva fuertes disrupciones, se entiende la alteración de los controles que tanto padecen los pacientes. Esto coincide con el lado derecho de la eb, ($eb > 3$; $n=3$) que refleja que la estimulación sufrida originada por el malestar emocional fuera del control voluntario, es alta. Por otra parte, el $\text{Afr} > .75$ ($n=6$) señala una marcada atracción por la estimulación emocional, lo cual resulta desfavorable en este caso, ya que estos pacientes tienen dificultades para controlar la expresión de los afectos, generando descargas emocionales desreguladas ante el exceso de estimulación emocional. Este hallazgo concuerda con los resultados de $\text{CF} + \text{C} > \text{FC}$ ($n=4$) y $\text{C} > 1$ ($n=4$), pues sugiere serias dificultades en la modulación afectiva, indicativas de la experiencia de emociones intensas e impulsivas. De igual modo, la cognición también puede verse empañada por la elevación del uso del espacio blanco ($\text{S} > 3$; $n=5$), indicando un estilo oposicionista o negativista que promueve la desadaptación (Sendín, 2007). Desde una perspectiva cognitiva, también destaca la elevada puntuación en FQ- ($\text{FQ-} \geq 20$; $n=4$). Esta desviación de lo convencional permite comprender la dinámica del funcionamiento disruptivo. Un MOR alto ($\text{MOR} \geq 3$; $n=5$) señala que el sujeto percibe la realidad con un matiz distorsionado que se caracteriza por el daño y la negatividad. Aunado a esto, SumPon6 ($\text{SumPon6} > 17$; $n=5$) también está elevado, reforzando la idea de que su sistema cognitivo está afectado, y si a ello se agrega el $\text{X-}\%$ alto ($\text{X-}\% > .20$; $n=12$), se confirma el grado preocupante de alejamiento de lo convencional. Finalmente, ayuda mencionar el estilo vivencial ambivalente que prevalece en los pacientes pues muestra la inconsistencia, la tendencia errática e impredecible de la personalidad.

En suma, se observa que la cognición no está siendo útil para amortiguar las descargas emocionales.

Tabla 2

Hallazgos principales del Sumario Estructural y su comparación con data normativa

Áreas	Indicadores	n	%	Promedio	DS	Promedio (Ráez, 2007)	DS (Ráez, 2007)
Estructural	Lambda	-	-	.70	.48	.75	.65
	Nº R	-	-	27.44	10.87	21.73	7.18
	Estilo extratensivo	2	17%	-	-	-	-
	Estilo ambivalente	7	58%	-	-	-	-
	Estilo introversivo	3	25%	-	-	-	-
Cognitivo	M	-	-	6	5.40	4.02	3.04
	FQ-	-	-	15.75	5.15	3.87	3.24
	SumBruta6	-	-	5.00	2.92	1.92	2.54
	SumPon6	-	-	17.92	11.87	5.90	8.59
	MOR	-	-	2.33	2.42	0.99	1.31
	X-%	-	-	.59	.48	.17	.11
	a:p	-	-	6:4.92	3.67:1.98	5.06:4.49	3.11:2.71
Afectivo	Lado derecho de la eb	-	-	3.68	3.68	3.70	3.17
	S	-	-	2.84	2.85	2.18	2.10

ARTÍCULO

SumC':SumPo nC	-	-	2.08:4.78	2.31:6.1 1	1.46:3.17	1.64:2.1 2
Afr	-	-	.56	.18	.50	.18
FC: CF+C y C pura	-	-	1.68:3.08 y 1.72	2.04:3.2 0 y 2.05	1.63:1.49 y 0.33	1.54:1.8 5 y 0.67

Nota. DS=Desviación estándar

En la tabla 3, se presenta la lista de contenidos de la muestra estudiada, y como se observa, y a manera de autorrepresentación, hay presencia de contenidos evasivos y no comprometedores como ropa (Cg=18), arte (Art=17) o ciencia (Sc=15) y mórbidos del tipo sexual (Sx=14), sangre (Bl=8), fuego (Fi=9) y anatómico (An=21). La simbología, en general, está relacionada al daño y a la muerte. Los contenidos, oscilan entre los más regresivos que revelan la existencia de un Yo débil, y la lucha permanente entre aspectos más sanos y neuróticos de los pacientes.

Para entender lo que ocurre, es importante recordar el proceso que interviene en la generación de los contenidos el cual involucra dos niveles de funcionamiento psíquico (Builes & Manrique, 2018): el pensamiento de proceso primario (relacionado con los impulsos) y el secundario (más adaptativo). Es así que, a través de la interpretación simbólica de los contenidos (con apoyo del psicoanálisis) se puede acceder al pensamiento de proceso primario (inconsciente). Esto, en condiciones regulares, se alcanza gracias a una interpretación profunda de todos los detalles del protocolo, una entrevista diagnóstica a profundidad, la anamnesis y las técnicas proyectivas complementarias, pero también, se puede lograr una aproximación del tipo “sospecha” que resulta útil para la comprensión de la experiencia subjetiva del paciente cuando se trata de investigación del tipo estudio de pocos casos como es el presente trabajo.

Las respuestas anatómicas y sexuales sobre-elaboradas evidencian que la lámina ha sido tomada como una realidad. Esto significa que ha sido más “percibida” que “interpretada”, es decir, hay una conciencia de interpretación disminuida. Son verbalizaciones muy parecidas a las que brindan los pacientes psicóticos, aunque los números no reflejan la presencia de un trastorno psicótico en sí mismo (Mirotti, 2013).

El elevado número de respuestas anatómicas refleja desde preocupaciones hipocondríacas, hasta una necesidad de llevar el control de algunas

funciones corporales (como podría ocurrir en personas que cometen conductas autolesivas). En todo caso, la preocupación excesiva por el funcionamiento corporal puede reducir la energía disponible para un uso cognitivo o intelectual adaptativo, especialmente en situaciones poco estructuradas.

Las respuestas sexuales explícitas pueden reflejar un conflicto con la sexualidad pregenital. Debido a la autocensura y la deseabilidad social, en un adulto sano se esperaría hasta una respuesta de contenido sexual; sin embargo, en este caso, su frecuencia es elevada.

Los datos indican una preocupación narcisista por el esquema corporal. La alta presencia de contenidos primitivos (respuestas anatómicas y sexuales mórbidas), junto con elementos de agresión padecida y combinaciones fabulatorias sugieren una alteración de los límites.

Tabla 3

Frecuencias y promedios de los principales contenidos en las respuestas

14

Contenidos	<i>F</i>	<i>M</i>
H	44	3.67
(H)	19	1.58
Hd	38	3.17
(Hd)	7	0.58
Hx	19	1.58
A	108	9.00
(A)	3	0.25

ARTÍCULO

Ad	48	4.00
(Ad)	4	0.33
An	21	1.75
Art	17	1.42
Ay	3	0.25
Bl	7	0.58
Bt	10	0.83
Cg	18	1.50
Cl	0	0.00
Ex	1	0.08
Fi	9	0.75
Fd	3	0.25
Ge	2	0.17
Hh	15	1.25

Ls	9	0.75
Na	12	1.00
Sc	15	1.25
Sx	14	1.17
Xy	2	0.17

16

En la tabla 4, se observa la presencia de una serie de (FE) contenidos en las respuestas de los pacientes siendo los más frecuentes la disociación y la respuesta de complejo. En todo ello se evidencia el pensamiento de proceso primario muy parecido al del psicótico tal como se presenta en la lógica austista (n=3) (Mirotti, 2010). Las respuestas denotan una organización sexual perversa y polimorfa sin aparente conflicto ni juicio crítico. La labilidad del yo es expresada como falta de tolerancia a la ansiedad y de control de impulsos (respuestas de complejo).

La alteración de la identidad es otro componente crucial (visto en la disociación), debido a que el paciente a menudo lucha con un sentido fragmentado e inestable de sí (Gabbard, 2009), experimentando desafíos para establecer una identidad cohesiva e integrada. Esta perturbación de la identidad contribuye a la inestabilidad observada en la autoimagen, metas, valores y relaciones personales (Kernberg, 1975). El síndrome de difusión de la identidad es observado en el uso del mecanismo de escisión y, en general, en el uso de defensas primitivas (identificación proyectiva, por ejemplo).

Relacionados, específicamente a la autopercepción se encuentran los (FE) de: autorreferencia (n=1), reflejo (n=1) y desvitalización (n=2) (Bohm, 2000). Las autorreferencias, en personas que aún conservan el juicio de realidad, están vinculadas a afectos negativos producto de experiencias traumáticas emocionales no resueltas. El reflejo es propio del narcisismo (Bohm, 2000), sin embargo, en pacientes *borderline* se entiende como

ensimismamiento patológico (Exner, 2005), además de una incapacidad para dar afectos, ya que esperan pasivamente recibirlos (Mirotti, 2010). Las respuestas de desvitalización se expresan en autorrepresentaciones con rasgos de insuficiencia, juicios negativos e inseguridad (Mirotti, 2016).

La regresión entendida como un volver del Yo a etapas pueriles según Mirotti (2013) oscila entre la neurótica y psicótica. El hallazgo de un FQ- elevado ($M=15.75$) refuerza la idea de un pensamiento asociado a confabulaciones, contaminaciones, autorreferencias que indican una disminución acentuada de la conciencia interpretativa ($n=1$) facilitando el proceso regresivo. La escisión, como disociación ($n=6$), desarrollada ampliamente por Kernberg (1967) resalta sobremanera en las respuestas de los protocolos entendiéndose como una disociación del Yo por lo conflictivo del estímulo. Este estado *de escisión* ubica al paciente en la frontera psicótica y a la desintegración del Yo (Bohm, 2000) aun cuando se trata de una organización independiente y autónoma.

En los (FE) se evidencia el contenido siniestro ($n=2$) de las respuestas, con una agresión pregenital, especialmente oral. A esto se asocia la anulación de la conciencia interpretativa, que explica el frágil criterio de realidad (Mirotti, 2013). La desvitalización también se presenta, jugando un rol de supresión ansiógena, debido a que, al haber tenido contactos traumáticos con figuras significativas, terminan enfriando lo cálido del entorno para controlar sus pensamientos afectados por el recuerdo perturbador de los primeros años de vida (Bohm, 2000).

Las respuestas de complejo ($n=6$) también fueron diversas. Describen la carga de impulsividad sexual, ira, violencia y explosividad emocional en general (Mirotti, 2016).

Tabla 4
Fenómenos especiales hallados en las respuestas

Lámina	Nº R.	Respuestas	Fenómeno especial
I	1	“Veo aquí a dos personas con capa, cada uno levanta la mano (...) los dos se unen para luchar contra el mal que son estas dos sombras al costado (...) porque el demonio se presenta en sombras y sentí mucho miedo porque una vez pensé que me iba a llevar”	Anulación de la conciencia de interpretación, autorreferencia, contenido siniestro, lógica autista
	2	“Suicidio (...) por la sangre, como cuando uno se quiere dañar, como las manchas que quedan por las heridas”	Desvitalización, Respuesta de complejo, lógica autista, contenido siniestro, disociación
II	3	“Dos personas tóxicas (...) se hieren mutuamente, pero a la vez están juntas y no se pueden separar (...)”	Disociación
	4	“(...) veo como si fuera mitad pavo y mitad oso, hay un reflejo a la mitad, como si estuviesen tocándose a la mitad, como si hubiese dos pavos-osos, cuerpo de oso, cabeza de pavo (...)”	Lógica confabulatoria
III	5	“Falta de identidad (...) es como si fuera la alegría y la tristeza, como si se miraran, y no saben realmente quiénes”	Contradicción, disociación, Respuesta de complejo (tema específico: identidad, disociación)
	6	“(...) dos personas tóxicas (...) algo que los separa y los une a la vez (...) como polos opuestos”	Disociación
IV	7	“Veo como cuerdas para ahorcarse (...) sí, esto me da la impresión como si fueran ligas, cuerdas, nudos hechos como para meter la cabeza, y ya. Lo blanco es el agujero para meter la cabeza”	Desvitalización, Respuesta de complejo, disociación
	8	“Alegría y tristeza, es como una persona con doble personalidad (...)”	Disociación
V	9	“Una persona sin rostro (...) sin identidad (...) como una persona rara”	Respuesta de complejo

ARTÍCULO

VI	10	“¡Totalmente labios vaginales y una chuchita (<i>vagina</i>)! (...) hay una vagina de todas maneras en la parte del centro (...) adentro está todo lo que hay en la vagina”	Respuesta de complejo
VII	11	“(...) son como conejos, pero tienen rostro de niños (...) parece un conejo, ahí está la colita, la forma del conejo, las orejas y el rostro de un niño. Se están reflejando.”	Abstracción infantil, combinación confabulada, reflejo
VIII	12	“Bueno, vamos a lo lógico, hay uno, dos, tres y cuatro colores; verde agua, rosado, naranja, el otro es verde agua, pero despintado (...) resaltan los colores”	Lógica autista
	13	“Veo como si el tigre está saliendo de polo a polo, de lado caliente a frío, lo rojo lo veo como caliente y saliendo de este al lado frío (...) como si estuvieran saliendo de lo caliente a lo frío (...)”	Disociación
IX	14	“Un volcán en erupción (...) todo esto es la lava debajo del volcán (...) sale del medio con fuerza”	Respuesta de complejo
X	15	“Veo un ángel tirando fuego (...) bota un culo (<i>mucho</i>) de fuego”	Respuesta de complejo

Discusión

El presente estudio buscó complementar la información numérica de porcentajes, proporciones y derivaciones de los cálculos estadísticos que brinda el Rorschach con interpretación cualitativa producto del análisis de contenido y de (FE) de las respuestas.

Siendo diversos los enfoques para el estudio del trastorno límite, este estudio se orienta a una comprensión psicodinámica basada en la teoría de las relaciones objetales de Kernberg (1967; 1975) con la intención de obtener una imagen más completa del trastorno incluyendo la estructura subyacente que deriva en la experiencia subjetiva tan intensa que caracteriza a los pacientes. A su vez, revaloriza la necesidad de emplear tratamientos que aborden el trastorno límite desde la estructura de personalidad mal configurada y no solo de los síntomas que de dicha estructura se derivan. El estudio de (FE) y la interpretación de contenidos del Test de Rorschach puede aportar con la información que el terapeuta necesita para guiar sus intervenciones en la relación que establezca con el paciente (Yeomans et al., 2016).

Cabe mencionar, que no pretendemos un abordaje exhaustivo ni minucioso, desde el campo psicoanalítico, ya que no es este el espacio y además hay vasto material sobre ello (Clarkin & Posner, 2005; Clarkin et al., 2007; Kernberg, 1975) sino aportar en el diagnóstico más estructural que descriptivo del trastorno. A través de una evaluación meticulosa como la que se puede hacer con el Test de Rorschach es posible acceder a la organización estructural que está en la base de quienes padecen el trastorno *borderline* y no solo realizar el diagnóstico con los síntomas observables (Yeomans et al., 2016). Esto contribuye a revalorizar las psicoterapias psicodinámicas cuya aproximación idiográfica y menos directiva, se orientan al entendimiento de aspectos intrapsíquicos, confrontando a los pacientes con un mundo interno muchas veces conflictivo que trae desde la infancia y que luego se convierte en síntomas. Este tipo de psicoterapias “*per via di levare*” le dan fuerza a aspectos intrasubjetivos, relacionales y vinculares que hoy en día se usan menos en favor de técnicas directivas y educativas (Juan, et al. 2018; Kemper, 1994).

20

Entendido así, el trastorno *borderline* es una organización compleja que conlleva el desarrollo de un comportamiento que altera el desenvolvimiento personal y social de quien lo padece. Desde una perspectiva descriptiva, entre las manifestaciones observables y verbalmente expresadas por los pacientes se encuentran la impulsividad, la inestabilidad en las conductas y en las relaciones interpersonales que además son muy intensas, el sentimiento permanente de vacío, la falta de regulación emocional, la elevada vulnerabilidad al estrés y la tendencia a la autoagresión (CIE-11; DSM-5-TR).

Desde una mirada más estructural resaltan las alteraciones en la configuración de la identidad. La identidad se encuentra fragmentada, por ello el uso de defensas primitivas, una prueba de realidad no fuertemente perturbada pero sí frágil (SumPon6>17), dificultades en la expresión socializada de impulsos sexuales y agresivos (respuestas sexuales explícitas, elevados MOR y BI) y con todo, dificultad en la desregulación no sólo de los afectos sino de la cognición (SumC’>SumPonC; FC<CF+C y C pura). Los pacientes que padecen el trastorno experimentan emociones primitivas con mucha intensidad lo cual nubla su capacidad para evaluar objetivamente la realidad (Caligor et al., 2007; Mirotti, 2016; Yeomans et al., 2016).

El estudio de la experiencia subjetiva de los pacientes, evidenciada a través del análisis de contenido y de los (FE) del Rorschach (fenómenos de disociación, respuestas de complejo y lógica autista), apoya en el entendimiento de un elemento clave en el diagnóstico estructural del paciente

borderline y es el concepto de estructura interna escindida dentro de la cual las emociones de tipo agresivo aparecen diametralmente separadas de las agradables o placenteras, hecho que también ocurre con las representaciones de sí mismo y de los otros (cluster de afectividad y autorrepresentación vista a través de los contenidos). En una personalidad “normal”, las representaciones de uno mismo y de los otros se van integrando gradual y coherentemente, además, a lo largo del proceso evolutivo se va desarrollando la capacidad de vivenciar una gama compleja de afectos adecuadamente regulados. Todo este proceso aparece reflejado en el concepto de la propia identidad cuya coherencia se ve en el sentido interno, así como en la conducta externa de las personas. El paciente *borderline* pierde la capacidad de manejar adecuadamente las defensas maduras y adaptativas, hay una escasa diferenciación entre la representación de sí mismo y de los otros, sin que eso suponga perder la integridad del Yo (Gabbard, 2009).

La prueba de realidad es otra área afectada (en general, el cluster de ideación). Frente a situaciones estructuradas y predecibles, las personas que padecen el trastorno limítrofe suelen tener una aparente adaptación funcional. El problema surge cuando las situaciones demandan una mayor exigencia adaptativa, como son, las situaciones poco estructuradas y por ello estresantes, muy frecuentes en un mundo como el de hoy. Es cierto que, en las psicosis la prueba de realidad se encuentra seriamente perturbada, sin embargo, en los trastornos limítrofes se presentan pérdidas transitorias que conllevan el uso de mecanismos primitivos como la escisión.

Se evidencia en los (FE) y en el contenido de las respuestas, la agresión pregenital, sobre todo oral (contenidos de tipo primitivo). A decir de Kernberg (1975), esta es proyectada y provoca distorsión paranoide de las tempranas imágenes parentales. La madre es representada de dos formas: cuida y protege y, por otro lado, frustra y desampara. Esto provoca angustia en tanto es experimentada de parte de una figura importante como es la madre, por ello el mecanismo que se despliega es también la escisión. Los mecanismos de defensa, como la escisión, la proyección y la disociación se emplean para controlar la ansiedad y la angustia emocional (Caligor et al. 2007; Clarkin et al., 2007). Entonces hay sobre uso de mecanismos defensivos primitivos que se mantienen en la vida adulta y van distorsionando las relaciones vinculares a quienes se idealiza o devalúa.

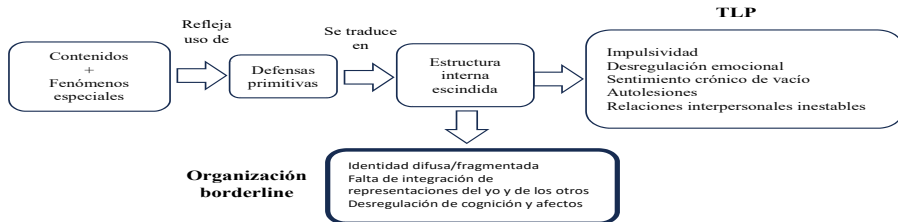
El Rorschach, como test que presenta estímulos poco estructurados, permite evaluar aspectos alterados de integración y capacidad sintética de la identidad. También permite identificar fallas en el sentido y apreciación de la

realidad. Además, ayuda a detectar la disociación entre las representaciones de objetos internos y externos, que no serían tan visibles en otros test, como los psicométricos. Por último, al revalorizar los aspectos cualitativos del test, como el análisis de contenidos y (FE), se obtiene una comprensión más estructural del trastorno *borderline*, en lugar de una visión meramente descriptiva y clasificatoria.

Cabría pensar, tal como lo propone Andrade (2018), que hoy por hoy, podría resultar inapropiado seguir utilizando el término *borderline*, fronterizo o limítrofe en tanto esta, es una entidad unificada, autónoma y aislada y no una organización que se encuentra entre las fronteras de otras más.

Figura 1

Esquema analítico diferencial para el diagnóstico de Trastorno Límite y Organización Borderline de la Personalidad



Conclusiones

El Test de Rorschach es una herramienta poderosa que contribuye con el diagnóstico de diversas patologías entre ellas el trastorno *borderline* de la personalidad. El presente trabajo pretende complementar la información numérica de porcentajes, proporciones y derivaciones de los cálculos estadísticos que brinda el Rorschach con información cualitativa producto del análisis de contenido y de (FE) que pueden brindar una imagen más completa del trastorno incluyendo la experiencia subjetiva tan intensa que caracteriza a los pacientes que padecen el trastorno.

Desde el enfoque descriptivo de síntomas externalizados, muy usado hoy en día, se prioriza el diagnóstico desde un punto de vista clasificatorio haciéndose hincapié en la identificación de un patrón caracterizado por la inestabilidad del humor, de las relaciones interpersonales y de la imagen del *self* (CIE-11; DSM-5-TR) poniéndose especial atención a la desregulación emocional. Sin embargo, desde una perspectiva más profunda, se valora la

comprensión estructural del cuadro, tal y como lo propone la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones objetales de Kernberg. La base de esta propuesta es que las conductas observables y expresadas por los pacientes, reflejan una organización estructural subyacente alterada. Esta organización se caracteriza por el uso de defensas primitivas, internalización de relaciones objetales patológicas y una identidad fragmentada. Todo esto lleva al paciente a experimentar vivencias emocionales muy intensas. Además, genera dificultades para valorar la realidad de manera objetiva. Como consecuencia, se ve afectado el desenvolvimiento en los ámbitos social, laboral y uso del tiempo libre (Yeomans et al., 2016).

Con ello, se discute la posibilidad de retomar el término *borderline* (y por qué no las denominaciones neurótica y psicótica) que prácticamente han desaparecido en las nomenclaturas diagnósticas vigentes, en tanto son útiles para proveer un diagnóstico basado en un marco conceptual multidimensional y dinámico del funcionamiento psíquico de la personalidad. Además, para complementar la información que proveen los modelos descriptivos, psicopatológicos y clasificatorios basados en síntomas que derivan a su vez, en modelos terapéuticos que centran su atención en la disminución de síntomas conductuales y externamente observados.

Agradecimientos: Al Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú, a los participantes y autoridades de la Universidad Ricardo Palma

Referencias

- Acklin, M. (1993). Psychodiagnosis of personality structure II: Borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 61(2), 329--341.
- Acklin, M. (1995). Rorschach assessment of the borderline child. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 294-302.
- Allen, J., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. Wiley
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Autor.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed., texto rev.). Autor.
- Baity, M., Blais, M., Hilsenroth, M., Fowler, J., & Padawer, J. (2009). Self-mutilation, severity of borderline psychopathology, and the Rorschach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(3), 203-225.

- Barbosa, P. (2013). *Psicopatología y test gráficos*. Herder.
- Bergeret, J. (2005). *La personalidad normal y patológica*. Gedisa.
- Berlin, H., Rolls, E., & Iversen, S. (2005). Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. *Psychiatry*, 162, 1-14.
- Blais, M., Hilsenroth, M., Castlebury, F., Fowler, J., & Baity, M. (2001). Predicting DSM-IV cluster B personality disorder criteria from MMPI-2 and Rorschach data: A test of incremental validity. *Journal of personality assessment*, 76(1), 150-168.
- Blais, M., Hilsenroth, M., Fowler, C., & Conboy, C. (1999). A Rorschach exploration of the DSM-IV borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 563-572.
- Blatt, S. (2003). El Rorschach en el siglo XXI: La evaluación de la representación mental. *Persona*, (6), 23-51.
- Bohm, E. (2000). *Manual Psicodiagnóstico de Rorschach* (10ma ed.). Morata
- Bornstein, R. (2022). Toward an integrative perspective on the person: Using roschach data to enhance the diagnostic systems. *Rorschachiana*, 43(2), 103-127.
- Bornstein, R., Becker-Matero, N., Winarick, D., & Reichman, A. (2010). Interpersonal dependency in borderline personality disorder: Clinical context and empirical evidence. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 109-127.
- Brand, B., Armstrong, J., Loewenstein, R., & McNary, S. (2009). Personality differences on the Rorschach of dissociative identity disorder, borderline personality disorder, and psychotic inpatients. *Psychological Trauma Theory. Research, Practice, and Policy*, 1(3), 188-205.
- Builes, I., & Manrique, H. (2018). Aspectos lógicos del pensamiento intuitivo. *Arbor*, 194 (788), a454. <https://doi.org/10.3989/arbor.2018.788n2014>
- Burla, F., Ferracuti, S., & Lazzari, R. (1997). Borderline personality disorder: Content and formal analysis of the Rorschach. *Rorschachiana*, 22, 149--162.
- Butcher, J., Mineka, S. & Hooley, J. (2007). *Psicología clínica* (12a ed.). Pearson.
- Caligor, E., Kernberg, O. & Clarkin, J. (2007). *Handbook of Dynamic Psychotherapy for higher level personality pathology*. American Psychiatric Publishing, INC.
- Carlson, C., Kula, M., & St Laurent, C. (1997). Rorschach revised DEPI and CDI with inpatient major depressives and borderline personality disorder with major depression: Validity issues. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 51-58.
- Clarkin, J. F., & Posner, M. (2005). Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathology*, 38(2), 56-63.
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M., Yeomans, F., Levy, K. & Kernberg, O. (2007). An object relations model of borderline pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474-499.

- Dell'Osso, B., Heather, B., Serati, M. & Altamura, A. (2010). Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*, 61, 169--179.
- Driessen, M., Hermann, J. et al. (2000). Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 1115-1122.
- Espinoza, M.C. (2020). The use of collaborative/therapeutic assessment with oppositional defiant disorder: A longitudinal case study. *Rorschachiana*, 41(2), 200-222.
- Exner, J. (1994). *El Rorschach: Un sistema comprehensivo* (3ra ed.). Psimática.
- Exner, J. (2005). *Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo* (5ta ed.). Psimática
- Exner, J. (2010). Some Rorschach data comparing schizotypal personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 50(3), 455-471.
- Fairbairn, W. R. D. (1962). *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Hormé.
- Fowler, C., Brunnschweiler, B., Swales, S., & Brock, J. (2005). Assessment of Rorschach dependency measures in female inpatients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 85(2), 146-153.
- Gabbard, G. (2009). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3a ed.). Médica Panamericana.
- Grant, B., Chou, P., Goldstein, R., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychiatrist*, 69(4), 533-545.
- Grinker, R. Werble, B. & Drye, R. (1968). *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Functions*. Basic Books.
- Harris, D. (1993). The prevalence of thought disorder in personality-disordered outpatients. *PubMed*, 61(1), 112-120.
- Hilsenroth, M., Hibbard, S., Nash, M., & Handler, L. (1993). A Rorschach study of narcissism, defense, and aggression in borderline, narcissistic, and cluster C personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 60(2), 346-361.
- Hoch, P., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 23(2), 248-276.
- Hymowitz, P., Hunt, H., Carr, A., Hurt, S., & Spear, W. (1983). The WAIS and Rorschach test in diagnosing borderline personality. *Journal of Personality Assessment*, 47(6), 588-596.
- Juan, S., Etchebarne, I., & Roussos, A. (2018). Vínculos entre pronóstico e intervenciones en terapia psicoanalítica y cognitiva: Análisis teórico y aportes

de la investigación empírica. Sociedad Argentina de Psicoanálisis. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 21-22(12), 143-174.

Kemper, J. (1994). Psychoanalysis: Per via di porre o per via di levare? *International Forum of Psychoanalysis* 3, 242-243.

Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.

Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. El Manual Moderno.

Knight, R. (1953). Borderline States. In Reuben Fine (Ed.), *Current and Historical Perspectives on the Borderline Patient*. (pp. 96-108). Brunner/Mazel

Larson, D., & Singer, M. (1981). Borderline personality and the Rorschach test. *Archives of General Psychiatry*, 38(6), 693-698.

Lerner, H., Albert, C., & Walsh, M. (1987). The Rorschach assessment of borderline defenses: A Concurrent validity study. *Journal of Personality Assessment*, 51(3), 334-348.

Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford.

Mack J. (1975). *Borderline states in psychiatry*. Grune & Stratton.

Manterola, C. Grande, L. Otzen, T. García, N. Salazar, P., & Quiroz, G. (2018). Confiabilidad, precisión o reproducibilidad de las mediciones. Métodos de valoración, utilidad y aplicaciones en la práctica clínica. *Revista chilena de infectología*, 35(6), 680-688.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Rammath, R. (2000). *Personality Disorders in Modern Life*. John Wiley & Sons, INC.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. & Rammath, R. (2006). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna* (2da ed.). Masson

Mirotti, M.A. (2010). *Introducción al estudio y práctica: Rorschach, Be-Ro, Zulliger* (3ª. Ed. – Sistema integrado). Brujas

Mirotti, M.A. (2013). *Manual de estudio y práctica de los tests de manchas. Rorschach – Be-Ro – Zulliger* (3ª. Ed.). Brujas

Mirotti, M.A. (2016). *Temas del Rorschach. Movimiento. Claroscuro... y otros*. Brujas

Molina, C. (2004). *Sistematización de indicadores de organización fronteriza de la personalidad, a través de un análisis estructural, mediante el test de Rorschach, en una muestra de pacientes diagnosticados como trastorno de la personalidad*. [Tesis de Titulación, Universidad de Chile]. https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106388/molina_c.pdf?sequence=3

- Organización Mundial de la Salud (1993). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (10ª ed.). OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11ª ed.). OMS.
- Passalacqua, A., & Gravenhorst, M. (2010). *Los fenómenos especiales en Rorschach* (7ma ed.). JVE Ediciones.
- Paris, J. (1999). Borderline personality disorder. In T. Millon, P. H. Blaney, & R. D. David (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (pp. 628-652). Oxford University Press.
- Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 457-473.
- Patrick, J., & Wolfe, B. (1983). Rorschach presentation of borderline personality disorder: Primary process manifestations. *Journal of Clinical Psychology*, 39(3), 442-447.
- Portuondo, J. (1989). *El psicodiagnóstico de Rorschach clásico y psicoanalítico*. Psique.
- Ráez, M. (2007). Rorschach comprehensive system data for a sample of 233 adult nonpatients from Peru. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 119-123.
- Reyes, M., Vargas, A. & Tena, A. (2015). Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología Iberoamericana*, 23(2), 66-76.
- Ridenour J., Lewis, K., Poston, J. & Ciecalone, D. (2019). Performance-based assessment of social cognition in borderline versus psychotic psychopathology. *Rorschachiana*, 40(2), 95-111.
- Riquelme, R., & Oksenberg, A. (2003). *Trastornos de personalidad: Hacia una mirada integral*. Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Rorschach, H. (1921). *Rorschach Test*. Hogrefe
- Selma, H. (2016). Rorschach y la psicobiología de la personalidad. *Universitas psychologica*, 15(1), 15-39.
- Sendín, M. (2007). Manual de interpretación de la personalidad. *Universitas psychologica*, 15(1), 15-39.
- Soler, J., Domínguez-Clavé, E., García-Rizo, C., Vega, D., Elices, M., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Pascual, J. C. (2016). Validation of the spanish version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(4), 195-202.
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Terapia dialéctico conductual en el trastorno límite de personalidad: El equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79(2), 108-118.

- Yeomans, F., Clarín, J., & Kernberg, O. (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*. Desclee de Brouwer.
- Wixon, J., Ludolph, P., & Westen D. (1993). The quality of depression in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1172-1177.
- Zodan, J., Charnas, J., & Hilsenroth, M. (2009). Rorschach assessment of reality testing, affect and object representation of borderline pathology: A comparison of clinical samples. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(2), 121-142.

Resumos

(Compreensão fenomenológica da DBO: contributos do Rorschach numa amostra peruana)

Atualmente, o diagnóstico das transtornos mentais baseia-se sobretudo em procedimentos que identificam sintomas compatíveis com os critérios de diagnóstico dos manuais de classificação de pacientes. Este artigo apresenta a análise descritivo-interpretativa das respostas de 12 participantes diagnosticados com transtorno de personalidade limítrofe a quem foi aplicado o Teste de Rorschach por meio do sistema compreensivo (SC). As respostas dos participantes foram avaliadas com o objetivo de explorar a subjetividade, através da análise estrutural e qualitativa da síntese de conteúdos e dos códigos especiais. Os resultados mostram que o problema central associado a esta transtornos está relacionado com dificuldades na construção da identidade. Além disso, discute-se o uso de psicoterapias que abordam profundamente os aspectos intra-subjetivos, os conflitos inconscientes e as relações interpessoais.

Palavras-chave: Transtorno de personalidade borderline, teste de Rorschach, Sistema compreensivo (SC), fenômenos especiais

(Phenomenological understanding of BPD: contributions of the Rorschach in a Peruvian sample)

Currently, the diagnosis of mental disorders is mainly based on procedures that identify symptoms compatible with the diagnostic criteria of disease classification manuals. This paper presents the descriptive-interpretative analysis of the responses of 12 participants diagnosed with borderline personality disorder, who were administered the Rorschach Test through the comprehensive system (CS). The patients' responses were evaluated with the aim of exploring the subjectivity by analysing the structural and qualitative summary of contents and special codes. The results show that the central problem associated with this disorder is related to difficulties in the

ARTÍCULO

construction of identity. Furthermore, the need to re-evaluate psychotherapies that deeply address intra-subjective aspects, unconscious conflicts and interpersonal relationships is discussed.

Keywords: Borderline personality disorder, Rorschach test, Comprehensive system (CS), special phenomena

(Compréhension phénoménologique du TPL: contributions du Rorschach dans un échantillon péruvien)

Actuallement, le diagnostic des troubles mentaux est principalement basé sur des procédures qui identifient des symptômes compatibles avec les critères diagnostiques des manuels de classification des maladies. Cet article présente l'analyse descriptive et interprétative des réponses de 12 participants diagnostiqués avec un trouble de la personnalité borderline, auxquels le test de Rorschach a été appliqué à l'aide du sistema comprehensivo (SC). Les réponses des patients ont été évaluées dans le but d'explorer la subjectivité en analysant le résumé structurel et qualitatif du contenu et les codes spéciaux. Les résultats montrent que le problème central associé à ce trouble est lié à des difficultés dans la construction de l'identité. En outre, la nécessité de réévaluer les psychothérapies qui abordent en profondeur les aspects intra-subjectifs, les conflits inconscients et les relations interpersonnelles est discutée.

Mots-clés: Trouble de la personnalité borderline, test de Rorschach, Rorschach Comprehensive System (CS), phénomènes spéciaux

29

Citação/Citation: Espinoza, M. C. R. & Mantilla, L. P. H. Comprensión fenomenológica del TLP: aportes del Rorschach en una muestra peruana. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, vol. 28, 2025.

Editores do artigo/Editors: Nelson da Silva Jr., Wilson Franco

Recebido/Received: 13.09.2024 / 09.13.2024 **Revisado/Revised:** 21.02.2025 / 02.21.2025

Aceito/Accepted: 12.06.2025 / 06.12.2025

Disponibilidade de Dados de Pesquisa: O conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo não está disponível publicamente.

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: Os autores declaram não terem sido financiados ou apoiados / The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

MARÍA DEL CARMEN ESPINOZA REYES
Doctora en Psicología.
mariaespinoza@urp.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0003-0072-022X>

LEONARDO PERCY HUERTAS MANTILLA
Maestro en Docencia Superior.
Universidad Ricardo Palma
leonardo.huertas@urp.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0002-4423-1105>
