

TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE Y SU TRATAMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL

*Luisa Fernanda Roa M. **
*Beatriz Elena López J. ***
*Mariana Lara R. ****

En los últimos años, Terapia Ocupacional a nivel de salud mental, se ha visto enfrentada a determinar su acción en pacientes con diagnóstico de Borderline. Esto ha motivado la revisión de aspectos teóricos sobre este trastorno y paralelamente el intento de delinear los parámetros de Terapia Ocupacional a esta entidad.

El presente trabajo pretende mostrar el proceso de intervención de este tipo de patología, no queriendo significar que sea la única forma de abordaje del paciente borderline en Terapia Ocupacional.

A causa de la diversidad de sintomatología, nuestra acción debe ser dada en base a varios modelos a fin de lograr un manejo integral, esto implica determinar y relacionar el tra-

* Terapeuta Ocupacional Universidad del Rosario. Docente de práctica Clínica Terapia Ocupacional. Escuela Colombiana de Rehabilitación Universidad del Rosario, en el Hospital San Ignacio de Bogotá.

** Terapeuta Ocupacional Universidad del Rosario. Jefe de la Unidad de Terapia Ocupacional Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios, Manizales.

*** Terapeuta Ocupacional Universidad del Rosario. Terapeuta Ocupacional en el CEDER, Manizales.

tamiento desde una perspectiva dinámica, cognitiva, adaptativa y ocupacional, generando así las bases de trabajo en Terapia Ocupacional con este tipo de pacientes.

Este trabajo es producto de la experiencia clínica con estos pacientes en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Ignacio de Bogotá.

Finalmente esperamos que este artículo sirva como punto de partida para nuevas investigaciones y aporte a nuestra profesión en este campo.

1. *Revisión bibliográfica*

1.1. *Características Estructurales de la Organización Límite de la Personalidad:*

Aunque continúan existiendo dificultades en la determinación de criterios diagnósticos de la personalidad Borderline, hay algunos aspectos relevantes que son en su mayoría aceptados, los cuales se mencionarán a continuación^{6,7}.

1.1.1. *Sintomatología Descriptiva*^{1,6,7}.

La presencia de dos o tres de los síntomas enumerados a continuación constituye fuerte indicio para sospechar de la existencia de una Personalidad Fronteriza, aunque en realidad lo más importante es la forma específica de patología del Yo.

Tales síntomas son:

- Ansiedad Flotante crónica y difusa.
- Neurosis Polisintomática (por lo menos dos de: fobias múltiples, síntomas obsesivo - compulsivos que tienden a ser egosintónicos, síntomas conversivos, reacciones disociativas, tendencias paranoides o hipocondriacas).
- Tendencias sexuales perverso-polimorfas (homosexualidad, promiscuidad, exhibicionismo, sado-masoquismo).
- Clásicas estructuras de personalidad Prepsicótica (Personalidad paranoide, Personalidad Esquizoide, Personalidad Hipomaniaca y Organización Ciclotímica con marcada tendencia hipomaniaca).

- Neurosis compulsivas y Adictivas (Alcoholismo, Drogadicción, Obesidad Psicogénica y Cleptomanía).

1.1.2. *Ánalisis Estructural*^{1,2,6,7}

Se define como la relación y estructuración de las relaciones objetales interiorizadas y los diversos niveles de organización del funcionamiento mental. Igualmente se refiere a la organización dinámica permanente de los contenidos incorporando experiencias tempranas y organización de impulsos.

1.1.2.1. *Síndrome de difusión de Identidad*^{1,6,7}

- Concepto pobemente integrado de si mismo y de otros significantes.

Se refleja en la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones y conductas contradictorias y percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás. Aunque existe una diferenciación entre el si mismo y los otros, hay dificultad en la integración de los aspectos "buenos" y "malos" de la realidad del si mismo y de los demás, presumiblemente debido a agresiones tempranas graves.
- Desviaciones hacia pensamiento de proceso primario que se observa en test proyectivos y en respuesta a estímulos no estructurados: fantasías primitivas, disminución de la capacidad de adaptarse a datos formales de los tests y verbalizaciones peculiares.
- La imagen corporal en el paciente límitrofe es completa en cuanto a su esquema orgánico, pero incompleta en su totalidad intrapsíquica. Sienten la necesidad de haber sido diferentes para ser completos y totales.
- Patología de las relaciones objetales Internalizadas: en el paciente fronterizo hay una clara diferenciación y representación de si mismo y de los objetos, lo cual permite una integridad en los límites yoicos en la mayor parte de los campos, excepto en aquellos en los que se produce una identificación proyectiva y una fusión con los objetos

idealizados. Es importante tener en cuenta el exceso en la agresión y frustración tempranas, lo cual lleva a introyecciones totalmente escindidas de los objetos "buenos" y "malos" y por consiguiente a una irrupción crónica en estados afectivos primarios, que se reflejan en la incapacidad para experimentar preocupación y culpa.

La imposibilidad de integración de los objetos compromete la integración del super-*yo*, ya que por ser los precursores del super-*yo* demasiado dominantes para ser tolerados, son reprojectados como objetos externos malos.

Las características de las relaciones objetivas internalizadas se reflejan en las características de la personalidad fronteriza. Estos pacientes tienen dificultad para evaluar realísticamente a los demás y para establecer relaciones de empatía; se percibe superficialidad en los vínculos emocionales, dada principalmente como un mecanismo defensivo y por su incapacidad de sentir culpa y preocupación por los demás.

Estos pacientes tienen tendencias exploradoras y de manipulación que están relacionadas con la desvalorización de los objetos. La necesidad de control del mundo externo surge como un mecanismo defensivo ante los temores paranoídes vinculados a las proyecciones agresivas. Si sus necesidades de control no son satisfechas, se retraen y recrean en su fantasía una relación que satisface sus necesidades.

Algunos pacientes experimentan una sensación de vacío permanente y luchan contra esto participando en innumerables interacciones sociales, ingeriendo drogas, alcohol o buscando gratificación a través del sexo, la agresión, la comida y todo aquello que aparte la atención de la vivencia interna.

Otros pacientes parecen sucumbir a la sensación de vacío y adquieren un estilo de vida mecánico, con una sensación de irreabilidad, dando la impresión de fusionarse con su entorno inmediato.

1.1.2.2. Operaciones de Defensa Específicas de la Personalidad Borderline^{1,2,6,7}

Incapacidad de sintetizar introyecciones e identificaciones positivas y negativas: y falta de capacidad para reunir imágenes de sí mismo y de los objetos. Persiste la escisión como

mecanismo esencial destinado a impedir la difusión de la ansiedad dentro del Yo y a proteger las introyecciones e identificaciones positivas, y constituye la causa fundamental de la bilidad yoica. La escisión hace mover una serie de defensas subsidiarias:

— Idealización Primitiva.

Tiene efectos sobre el desarrollo del ideal del yo y el super yo, el yo crea imágenes totalmente alejadas de la realidad.

— Tempranas formas de Proyección.

Es especial identificación Proyectiva, lo cual lleva al incremento del temor a la agresión proyectada, por lo cual ellos deben controlar y atacar al objeto antes que el objeto los ataque a ellos. La distorsión producida por la agresión proyectada en las imágenes objetales produce efectos Patológicos en el desarrollo del super yo.

Negación.

Puede manifestarse como una desestimación de un sector de su experiencia subjetiva o del mundo externo, expresada en una falta de interés con ansiedad o reacción emocional respecto a una necesidad o conflicto presionantes.

Se puede manifestar en el aferramiento a un objeto mágico idealizado, en fantasías y actitudes que revelan su propia omnipotencia mágica y en la desvalorización de los objetos externos como manifestación de su falta de verdadera capacidad de amor al objeto o como venganza al objeto que no satisfizo sus necesidades.

1.1.2.3. *Pruebas de Realidad*^{1,2,6,7}

En el paciente con trastorno de Personalidad Borderline está conservada, lo cual posibilita la diferenciación con los cuadros psicóticos. Se observa capacidad de evaluar alucinaciones y delirios, en caso de que los haya habido, y una aceptación de las interpretaciones acerca de las operaciones defensivas del paciente.

1.1.2.4. *Manifestaciones no Específicas de Labilidad Yoica*^{1,5,6,7}

- Falta de tolerancia a la ansiedad.
- Falta de control de impulsos.
- Insuficiente desarrollo de los canales de sublimación.

1.1.3. *Conflictos Intrapsíquicos o Análisis Genético Dinámico*^{1,6,6,7}

Entre los factores patógenos constitucionales quizá los más importantes sean la falta de tolerancia a la ansiedad, dadas por un exceso de agresión y graves frustraciones tempranas. Así, las tendencias agresivas y autoagresivas que se observan en estos pacientes están vinculadas con tempranas imágenes de sí mismo y de los objetos.

La excesiva agresión pregenital, sobre todo oral, tiende a ser proyectada, produciendo una distorsión paranoide de las imágenes parentales tempranas. Posteriormente tienden a ver todas las relaciones sexuales como peligrosas o infiltradas de agresión. Además se produce un desarrollo temprano de las tendencias genitales intentando evitar los temores orales. Entonces, el exceso de agresión pregenital y genital promueve las tendencias sexuales perverso-polimorfas de este tipo de pacientes, como una defensa ante conflictos más complejos y precoces que la simple ausencia de identidad sexual.

1.2. *Tratamiento en General*^{1,6,7}

1.2.1. *Tratamiento Farmacológico*⁷

Al parecer esta intervención no es muy importante. Se utiliza droga psiquiátrica dirigida a ciertos síntomas, como en cualquier otra entidad.

1.2.2. *Hospitalización*⁷

Cuando hay riesgo para el paciente o su comunidad, procurando que ésta sea lo más breve posible.

1.2.3. *Psicoterapia*^{4,7}

Kernberg propone la interpretación de: las defensas primitivas predominantes y las relaciones objetales primitivas internalizadas ligadas con las defensas.

Es importante anotar que la psicoterapia con este tipo de pacientes hace que el analista experimente desde etapas tempranas fuertes reacciones emocionales que pueden involucrar dudas acerca de su propia capacidad, temor a la crítica de terceros por identificación con la agresión, proyección paranoide y la culpa del paciente, aunque es posible que ésto no sea muy evidente por las defensas caracterológicas del analista.

2. *Intervención en Terapia Ocupacional*^{8,5,6}

A nivel de Salud Mental, el rol del Terapeuta Ocupacional complementa y suplementa el rol de otros profesionales, dirigiéndose a la ocupación humana. La disfunción psicosocial que se presenta en el individuo con trastorno de personalidad Borderline, debido a la variedad de sintomatología, que refleja un inadecuado funcionamiento yoico del paciente, y que se manifiesta en una alteración del desempeño de los roles de supervivencia, laborales y de tiempo libre, justifica la intervención de la Terapia Ocupacional como un medio Psicoterapéutico que promueve la máxima readaptación del individuo a su medio familiar, social y laboral.

La intervención del Terapeuta Ocupacional con el paciente borderline ha sido hasta el momento una adaptación empírico-deductiva, y en ocasiones intuitiva, de modelos tradicionalmente utilizados con otro tipo de patologías psiquiátricas en Terapia Ocupacional.

Por este motivo, se pretende consignar a continuación una propuesta que incluye aspectos básicos de intervención en Terapia Ocupacional con este tipo de pacientes, la cual parte de la experiencia clínica en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Ignacio. Esta propuesta debe ser considerada como una aproximación al protocolo de intervención del Te-

terapeuta Ocupacional con el paciente Borderline, que debe ser sometida a investigación y comprobación para determinar su validez.

Los principios de intervención parten de la creación de un ambiente constante, que le posibilite al usuario el establecimiento de una confianza básica para el logro de una relación terapéutica que le permita posteriormente el surgimiento de comportamientos ocupacionales acordes a sus roles adultos.

Para la presente propuesta se considera necesario contemplar tres aspectos básicos: Modelos, Ambiente y fases del Tratamiento.

2.1. Modelos

La intervención del Terapeuta Ocupacional en el tratamiento de pacientes con Trastorno de Personalidad Borderline, requieren que se tomen en cuenta conceptos teóricos dados por: el Modelo Ocupacional, el Modelo Psicodinámico, Psicosocial, Adaptativo y Cognitivo, con el fin de poder comprender mejor la sintomatología y necesidades del paciente y con base en esto secuenciar el tratamiento, de tal manera que éste contribuya efectivamente a la funcionalidad y adaptabilidad del individuo en su entorno.

2.1.1. *Modelo Psicodinámico*^{2,11}

Este modelo se aplica en todo lo relacionado con los señalamientos que se hagan al paciente, el manejo simbólico, y la satisfacción de necesidades del individuo, mediante relaciones objetuales libidinales. Las necesidades básicas en el paciente con Trastorno de Personalidad Borderline son: Fortalecimiento Yoico, Relación Dependencia-Independencia, Necesidades de Gratificación, Necesidades Narcisistas y Control de Impulsos, Tolerancia a la Frustración e Incremento de Autoestima.

2.1.2. *Modelo Psicosocial*^{4,5}

Es necesario tener en cuenta la etapa de desarrollo psicosocial, según Erikson, en la cual se encuentra el paciente, para promover a través de la intervención el paso a la siguien-

te etapa o, por lo menos, la adquisición de algunos elementos de ésta. Independientemente de la etapa en la cual se encuentre el paciente deberán tomarse elementos de la primera fase (Confianza vs. Desconfianza) para posibilitar el establecimiento de la relación terapéutica.

2.1.3. *Modelo Adaptativo*

Es importante promover el desarrollo de habilidades de niveles superiores en el individuo, básicamente en todo lo relacionado con la Habilidad de Realizar Interacciones: Interactuar con relación de Autoridad, Participar en un Grupo Cooperativo, en un Grupo Maduro, y Habilidad de realizar Interacciones Intimas; Habilidad en Relación a la identidad del Yo: Percibir el Yo como Productivo dentro de un Sistema:

Identidad Sexual: Dar y Recibir Gratificación Sexual y Establecer Relaciones Heterosexuales⁵.

El fin último es la adaptación del paciente, tratando de nivelar sus expectativas con las de su medio socio-familiar y con sus habilidades reales.

2.1.4. *Modelo Ocupacional*

Elemento básico en cuanto a la relación función-disfunción en los subsistemas Volicional, Hábito y Ejecución, ya que en el paciente con trastorno de Personalidad Borderline⁶, la Causa Personal se encuentra afectada por la ambivalencia en cuanto a dependencia de otros y control sobre ellos, lo cual los lleva a establecer relaciones interpersonales superficiales. Los valores son el área primaria de disfunción del Paciente Borderline, que lleva a una incapacidad para invertir de manera positiva las ocupaciones; al sentimiento de vacío, de insignificancia y aburrimiento; a la tendencia a valores⁷ no realistas y gradiosos; y a la búsqueda de metas ocupacionales, incapaces de ser llevadas a cabo.

En cuanto a intereses⁸ se observa que no se motivan por habilidades basadas en la realidad; derivan placer del desempeño fantaseado más que del desempeño creativo; los factores de intereses son con frecuencia imbalanceados, lo cual se refleja en la pérdida de entusiasmo.

En cuanto al subsistema de Hábitos * se observan pobres hábitos de estudio y trabajo, marcados por inhabilidad en esforzarse consistentemente y los patrones de respuesta pueden volverse rígidos, o por el contrario impulsivos. Hay una difusión de identidad caracterizada en la configuración de los roles; se mantiene en un estado de dependencia y nunca asume satisfactoriamente los roles de trabajador, estudiante, amigo, etc.

En relación al subsistema de ejecución *, el funcionamiento cognitivo y perceptual-motor se mantiene intacto; la inteligencia y el talento son con frecuencia obvios, y se mantiene una adaptabilidad social superficial. El progreso de las habilidades se dificulta, lo cual marca un déficit en la habilidad para establecer una secuencia ordenada y significativa de pasos hacia el logro de metas ⁸.

Lo anterior justifica el uso de este modelo con una visión integral de los tres subsistemas en la medida que estos están interrelacionados, influenciando la conducta ocupacional del individuo.

2.1.5. *Modelo Cognitivo*

Es importante tener en cuenta el nivel de pensamiento en el cual se encuentra el paciente (la mayoría de los Borderline llegan a la última etapa de desarrollo según Piaget, ya que es frecuente encontrar entre ellos CI altos), debido a que ésto determinará las características de los señalamientos, de la instrucción y de la comunicación en general. Se pretende promover la toma de decisiones, la solución de problemas, el mantenimiento de la atención y la concentración, mantener habilidades de comunicación y desarrollar intereses ^{9,10}.

2.2. *Ambiente*

En relación al paciente con Trastorno de Personalidad Borderline, los aspectos fundamentales a tener en cuenta son: La estabilidad de la relación terapéutica, el énfasis que se debe

* A nivel del subsistema volitivo.

hacer en los controles relacionados con las normas generales de funcionamiento de la institución donde se encuentra, la determinación de un espacio físico de trabajo propio, al igual que un lugar para guardar sus pertenencias y la determinación de sitios femeninos y masculinos, tales como baños, aspectos éstos que contribuirán al reforzamiento de la identidad.

Aunque en todo proceso de grupo se da el surgimiento a la adquisición espontánea de roles, es recomendable designar roles o tareas específicas al paciente, con el fin de contribuir al reforzamiento de la identidad y al logro en relación a responsabilidad y hábitos.

2.3. Fases de tratamiento

El tratamiento ha sido dividido en fases secuenciadas y no excluyentes unas de otras, además, están dadas por la evolución del paciente. Son éstas: Fase Inicial, Fase Intermedia, y Fase Prevocacional.

2.3.1. Fase Inicial

Durante esta fase pretende establecer la relación terapéutica, mediante la cual se obtiene la relación dependencia-independencia y el terapeuta ayuda al paciente a manejar su tensión interna y externa, brindando seguridad y confianza para contribuir a la satisfacción de sus necesidades personales. La dependencia se logra a partir de una relación contínuo-contenido y por el tipo de instrucción, lo cual a su vez promueve la confianza y garantiza la permanencia del objeto idealizado. El Terapeuta Ocupacional deberá mantener un ambiente estable y establecer controles, inicialmente en relación al uso de materiales y herramientas y al cumplimiento de los horarios.

Es importante tener en cuenta que la relación terapéutica con pacientes Borderline ocasiona la aparición rápida y repentina de relaciones transferenciales intensas positivas y negativas: desde el enojo, hostilidad y una franca sexualidad hasta la protección. Estos pacientes intercalan períodos de franca seducción hacia el terapeuta, con períodos de agresión activa o pasiva, que son fruto de la proyección constante de

los objetos internos distorsionados del paciente, por lo cual, oscilan entre períodos de idealización y desvalorización del terapeuta, buscando permanentemente un acting-out, el cual en términos psicodinámicos se refiere a la acción que sustituye la respuesta verbal a un impulso instintivo² del mismo, ante lo cual éste debe estar preparado para responder con una relación consistente.

Los señalamientos deberán ser acordes con el nivel de pensamiento del paciente y su contenido se referirá a aspectos de la ejecución, la comunicación y la relación interpersonal (aspectos transferenciales y contra-transferenciales).

En la medida que la evolución del paciente y la relación terapéutica lo posibiliten, se irá intercalando la actividad expresivo-proyectiva con actividad proyecto simple y acorde con la situación del paciente, además de las características que se mencionarán en la fase intermedia. Durante esta fase la actividad expresivo-proyectiva posibilitará comenzar a explorar los conflictos inconscientes del paciente y se realizarán señalamientos en relación a ello, pero sin olvidar que lo fundamental de esta fase es lograr la confianza y dependencia del paciente y promover el fortalecimiento yoico, que a su vez le permitirá establecer relaciones objetales estables y acordes con su identidad y los roles correspondientes a su status dentro del medio en el cual se desenvuelve.

2.3.2. *Fase Intermedia*

En esta segunda fase de tratamiento se pretende promover el control de impulsos, básicamente relacionados con agresión, sexualidad y adiciones. En cuanto a la agresión se tiene en cuenta bien sea la generación o canalización, según el caso, ya que la agresión constituye un elemento de supervivencia en la medida que el individuo esté en capacidad de utilizarlo de manera adaptativa.

Por otra parte, en esta fase se promoverá la tolerancia a la frustración, ya que las experiencias tempranas del paciente originan en el desarrollo de mecanismos primitivos como la escisión, el cual se relaciona sin un sentimiento de omnipotencia y una necesidad de gratificación inmediata que hace necesario trabajar este aspecto dirigido al progresivo descu-

brimiento y aceptación por parte del paciente de sus habilidades y limitaciones. Así mismo, en relación a los sentimientos de omnipotencia, es necesario promover la graduación del narcisismo, proporcionando al paciente experiencias gratificadoras con frustración cuidadosamente graduada, para disminuir los mecanismos de escisión y por consiguiente lograr la percepción de sí mismo y de los demás de forma íntegra.

En el logro de lo anteriormente mencionado desempeña de nuevo un papel importante, el manejo de una relación terapéutica estable, con las características anotadas en la fase inicial: el ambiente; la actividad expresivo-proyectiva; y la actividad proyecto. Durante esta fase los señalamientos podrán dirigirse más directamente hacia la exploración y aceptación por parte del paciente de sus conflictos intrapsíquicos y su manifestación en conductas inadaptativas que se hacen evidentes en las relaciones interpersonales (incluyendo la relación terapéutica) y en la ejecución de las diversas actividades.

Inicialmente la actividad proyecto contribuye al manejo de la sintomatología, para lo cual las exigencias y las características se van modificando gradualmente, teniendo muy en cuenta las habilidades del paciente, que generalmente están conservadas (destrezas psicomotoras, sensoperceptivas y cognitivas). La actividad proyecto a utilizar se emarca dentro de las siguientes características:

- De pocos pasos, corta y técnica simple (posibilita gratificación inmediata y por lo tanto incremento de autoestima).
- Con uno o más pasos desconocidos, para nivelación en los procesos narcisísticos y en la omnipotencia.
- De material rígido y reparable (posibilita graduación de omnipotencia, proporciona gratificación y descarga de energía psicomotora en relación al control de impulsos).
- De límites amplios, que impliquen movimientos amplios, con material resistente y sin límite de tiempo (si se quiere canalizar agresión); o de límites pequeños, con movimientos segmentarios y con detalles (si se quiere generar agresión).

- Se debe exigir el terminado (para disminuir ansiedades paranoides dadas por los mecanismos de escisión, para disminuir omnipotencia y proporcionar gratificación y por lo tanto incremento de autoestima).
- La dependencia se maneja básicamente respecto a la elección del proyecto y a elementos relacionados con la técnica.

El Terapeuta Ocupacional deberá graduar y adaptar las características y exigencias de las actividades de acuerdo a la situación y evolución específica de cada paciente.

2.3.3. Fase Prevocacional

Durante esta fase se pretende promover el incremento de autoestima, ya que los estados yoicos disociados por los mecanismos de escisión pueden acompañarse de sentimientos de minusvalía. Por ese motivo, aunque esto es una fase de incremento de exigencias, éstas deberán ser cuidadosamente graduadas dentro de experiencias gratificadoras, que contribuyan al reconocimiento de habilidades y promuevan una elección vocacional acertada.

También deberán estimularse los procesos de socialización, a partir de la relación terapéutica y de experiencias grupales estructuradas, que le permitirán vivenciar relaciones objetuales más adecuadas para una posterior interacción social que satisfaga sus expectativas y las demandas del medio en el cual se desenvuelve.

Durante esta fase adquiere gran trascendencia la necesidad de que el terapeuta mantenga controles estables en relación a la conducta del paciente, el cumplimiento de horarios y normas, la tolerancia al tiempo de trabajo y la calidad de ejecución, lo cual se habrá ido logrando paulatinamente durante las dos fases anteriores y llevará a promover la ubicación o reubicación laboral, ya que aunque la personalidad Borderline constituye un trastorno grave, el pronóstico de este tipo de pacientes es mucho mejor que el de otras patologías a nivel de Salud Mental, debido a que no se produce marcado deterioro.

Por este motivo, la meta última de tratamiento, relacionada con la máxima funcionalidad del individuo, debe incluir los aspectos laboral y social.

En esta última fase, se incrementará la exigencia en la actividad proyecto y se iniciará la realización de pruebas pre-vocacionales con el fin de determinar las posibilidades productivas y el tipo de capacitación laboral que requiere, esto implica que el individuo desarrolle hábitos laborales y destrezas que le permitan de manera ideal desempeñarse competentemente en un trabajo de medio tiempo, mientras recibe asistencia dentro de la modalidad de Hospital de Día.

Las anteriores consideraciones han sido planteadas según las características generales del trastorno de personalidad en cuestión, pero deberán ser modificadas de acuerdo a la realidad concreta de un paciente específico.

Resumen

En los últimos años, la aclaración de los criterios diagnósticos de la personalidad Borderline ha producido un notable incremento, en la población catalogada dentro de este trastorno.

Esta situación modifica al menos parcialmente, las líneas de acción del equipo que anteriormente intervenía sobre estos pacientes de acuerdo al diagnóstico que se les hubiera dado.

En este artículo se realiza una breve revisión teórica sobre esta patología y luego se pretende una aproximación a las posibles pautas y fases de tratamiento en Terapia Ocupacional, y motivar de esta forma futuros investigadores en este campo.

ABSTRACT:

In recent years, the field Occupational Therapy in the area of mental health has needed to delineate its action with patients diagnosed as borderline Personality.

This has motivated the revision of theoretical aspects of this disorder and thus the attempt to delimit the parameters of occupational therapy in relation to this entity.

This paper shows one intervention process in this type of disease, not implicating that it be the only valid approach to the borderline Patient in Occupational Therapy.

Because of the diversity of symptoms, our action must be given by Several approaches to achieve a who listix manaopment.

This implies that the treatment must be determined and focused from dynamic, cognitiva, adaptive and Occupational perspectives.

It is hoped that this paper will serve as starting point and reference for future contribution of our profession in this field.

This study has been conducted on the basis of clinical experiences with this kind of patients in the Mental health United of Hospital San Ignacio, Bogotá

B I B L I O G R A F I A

1. American Psychiatric Association DSM III. *Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*. Barcelona, Masso, S.A. 1987.
2. Brainski Simon. *Manual de Psicología y Psicopatología dinámica*. Carlos Valencia Editores 1986.
3. Bruce, Mary Ann. *Frames of Reference in Psychosocial Occupational Therapy*. Mary Ann Bruce - New Jersey, 1987.
4. Erikson, *Infancia y Sociedad*, editorial Horme B. A. 19.
5. Hospital and Community Psychiatry. *Etiology and treatment of Borderline Personality Disorder in Adolescents*, June 1988. Vol. 37 N° 6.
6. Kernberg, Otto. *Trastornos graves de la personalidad*. México, D. F., Editorial El Manual Moderno S.A. de CV.
7. Kernberg, Otto. *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1979. Versión Castellana de Stella Abrew.
8. Kielhofner, Gary. *A Model of Human Occupation*. Baltimore, Williams y Wilkins 1985.
9. Piaget, *La formación del símbolo en el niño*, Editorial Fondo de Cultura económica, México 1979.
10. Piaget, *Seis estudios de Psicología*. Editorial Pariós.
11. Vallejo, Julio, Bulbena, A.; González, A.; Grau, A.; Roch, J.; Serrallonga, J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona. Salvat Editores, 1986. Segunda Edición.