
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR ASOCIADO A UN TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD. CASO CLÍNICO*

Carmen Ciuffardi Montoya

Resumen

La presente investigación trata de un caso clínico de una mujer de 25 años de edad quien llega a consulta por sentirse sumamente triste. Al iniciar la terapia la paciente tenía cuatro meses de embarazo. En este artículo veremos la evolución de los síntomas de la paciente sustentados en la teoría psicoanalítica, los datos biográficos, historia personal, evaluación e informe integral, diagnóstico y plan terapéutico viable.

Abstract

This research work treats about a clinical case of a 25 year-old woman that arrives to consultation because she was experiencing extremely sadness. At the beginning of therapy the patient had 4 months of pregnancy. In this article we will see the evolution of the patient's symptoms, sustained by the psychoanalytical theory, biographical data, personal history, evaluation and integral report, diagnosis and viable therapeutic plan.

PALABRAS CLAVES: Caso clínico, Trastorno depresivo.

KEY WORDS: Clinic case, Depressive disorder.

Datos de la Autora:

CARMEN CIUFFARDI MONTOYA. Psicóloga Licenciada en la UNIFÉ.

* Investigación de caso para optar el Título de Licenciada en Psicología, UNIFÉ (2002).

DEPRESIÓN Y PERSONALIDAD BORDERLINE

La depresión es considerada por algunos psicoanalistas como la interiorización de la agresión hacia un objeto ambivalente, perdido e introyectado. Para Kaplan, las depresiones patológicas son el resultado de una pérdida de la capacidad de la persona para mantener una adaptación homeostática con el azote “normal” de los múltiples sucesos, e incluso “minisucesos”, depresivos o trastornos de la vida cotidiana, por ejemplo, decepciones, pérdidas y cambios menores. En vez de normalizarse, el afecto deprimido, después de una breve reacción depresiva, se queda “pegado” y subsiste como estado de ánimo disfórico. Bowlby refiere que la depresión es consecuencia de la pérdida del objeto amado sea la madre o padre según la edad. En todos los casos, la teoría psicoanalítica define a la depresión como la pérdida, a edades muy tempranas, del objeto amado que deja una huella muy profunda de desamparo y desesperanza en la persona. En muchos casos ésta pérdida del objeto no se da de manera física sino a un nivel emocional.

En lo que respecta a la evolución de la depresión no se puede hablar de una única manera de manifestación, en ocasiones el episodio depresivo puede aparecer de improviso y en otros casos su curso puede ser crónico. Cuando la enfermedad se instala de manera lenta, en ocasiones los pacientes tienen dificultad para fechar el principio de la enfermedad. Esto se debe a que en muchos de ellos la fase aguda fue precedida por un período de síntomas leves cuya duración, a veces, puede haber sido de años. Este período anterior al ataque agudo puede considerarse como una fase “prodrómica” y, a pesar de que sus síntomas normalmente son de tipo depresivo, a veces aparece dominados por los de la ansiedad.

Se desconoce cual es la causa exacta que produce la depresión, aunque se conoce muchos factores que precipitan el desarrollo de esta patología. Estos factores causales pueden dividirse de una forma artificial en factores biológicos (estudios han aportado datos sobre las anomalías observadas en los metabolitos de las aminas biógenas encontrados en pacientes con trastornos del estado de ánimo, principalmente en los neurotransmisores de la serotonina y noradrenalina), genéticos (investigaciones han demostrado la existencia de una carga genética en familias en donde varios de sus miembros padecen un cuadro depresivo) y psicosociales (se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia). Tal división es artificial por la alta probabilidad de que los tres interactúen entre sí.

El término fronterizo, borderline, caso-límite, son términos que nos obligan a pensar de inmediato en la frontera o límites a que aluden. El uso del término tuvo en ciertos momentos de la evolución psiquiátrica, la connotación de una clasificación que aludía a sujetos que, rozando por momentos la conducta anormal, conservaban rasgos y actitudes adaptadas. El vocablo “borderline” proviene del inglés y puede ser traducido como frontera, límite o zona marginal, por lo cual se utiliza para señalar los casos lindantes con la neurosis y psicosis. La Asociación Psicoanalítica Norteamericana, en el glosario de términos y conceptos psicoanalíticos definió como borderline state “un término descriptivo que se refiere a un grupo de condiciones que manifiestan, tanto fenómenos psicóticos como neuróticos, sin caer inequívocamente en ninguna de dichas categorías diagnósticas”.

Thomas Sydenham (1682) capturó la esencia de la personalidad borderline, al escribir: “Todo es capricho, ellos aman sin medida a aquellos que pronto odian sin razón. Los borderline son extremistas que dividen el mundo en exageradas dicotomías de bueno y malo, blanco y negro. Son emocionalmente infantiles, no pueden tolerar la ambigüedad, nada es neutral, todo es personal”. Se puede decir que los fronterizos son un grupo de personas que nunca ha tenido un verdadero superyó internalizado, estando sin embargo en dependencia de los controles externos, que los limitan y controlan en su conducta exterior.

Se desconoce a ciencia cierta cual es el factor desencadenante que origina la patología borderline. Muchos autores hablan de factores genéticos (el riesgo de desarrollar la enfermedad borderline es seis veces más alto cuando un familiar cercano sufre este desorden), biológicos (los estudios de las ondas cerebrales y los exámenes físicos neurológicos son anormales, la interpretación de los sonidos, la memoria y la visión están mermadas) y psicosociales (la mayoría de las teorías se centran alrededor de las experiencias traumáticas en la infancia, un desarrollo psicológico mermado fundamentalmente en la fase de separación – individualización, y una confianza en sus capacidades para superar la inadaptación y en los propios mecanismos de supervivencia).

CASO CLÍNICO

Nombre	:	Azucena
Edad	:	24 años
Sexo	:	Femenino
Lugar y fecha de nacimiento	:	Lima, 20 de setiembre de 1975
Domicilio	:	Surco
Grado de instrucción	:	Superior (C. de la Comunicación)

Observación

Azucena es una mujer de 25 años de edad, estatura promedio, contextura delgada, tez blanca, ojos pardos y cabellos largos ondulados de color castaño oscuro. La paciente se encuentra gestando, (4 meses de embarazo) y durante todas las entrevistas asistió vestida de manera informal con aspecto aseado y ordenado. Durante el tiempo que duró la evaluación Azucena se mostró colaboradora y con ganas de seguir la terapia para mejorar sus síntomas. Al llegar la primera vez a consulta tenía la apariencia de ser una persona que había sufrido mucho, a pesar que no habló de su estado de ánimo. Poco a poco fue adquiriendo confianza y comenzó a hablar de lo que sentía y pensaba y pidió ayuda para “dejar de sufrir”. Los meses que se encontró gestando no pudo recibir medicación por temor a dañar al bebé que esperaba, al mes de dar a luz se le empezó a medicar para calmar los síntomas depresivos y ansiosos. La medicación redujo los síntomas mencionados.

Historia

Azucena nació en Lima, el 20 de setiembre de 1975, en una clínica privada. Al nacer sus padres tenían 29 y 27 años.

La madre refiere que fue una hija deseada por parte de ambos; que durante el embarazo tuvo amenaza de aborto por tener placenta previa, es por ello que los seis primeros meses los tuvo que pasar en cama y tuvo pocos síntomas en el embarazo. Durante la gestación se dedicó a su casa. Azucena nació faltando una semana para cumplir los nueve meses, el nacimiento se produjo por cesárea; ya que al nacer se le enredó el cordón umbilical y al mes de nacida Azucena fue operada de una hernia inginal. La paciente nace pesando 3.200 Kg., recibió lactancia (pecho materno) hasta los seis meses y a partir de allí se le empezó a dar papilla. La madre cuenta que a Azucena padeció de todas las enfermedades infantiles después del año. Comenzó a gatear a los 4 meses, su primer diente le salió entre los 4 y 6

meses y caminó y habló antes del año. Al año y medio se produjo el control de esfínteres diurno, en cuanto a su sueño dice “era tranquilo pero que no se dormía hasta que llegará su padre. Yo la arrullaba, la cargaba hasta que se quedara dormida”.

Fue al nido por primera vez a los 3 ó 4 años, Azucena cuenta que lloró mucho y debido a esto, su madre tenía que estar a su lado porque si no la veía se ponía a llorar. Esto duró aproximadamente dos semanas. Azucena cuenta que tiene una imagen viva de este período de su infancia, “recuerdo que no sé porqué no pedía permiso para ir al baño, por lo que me orinaba un poco en la silla y colocaba un libro debajo de mí, luego volvía a orinar un poco y ponía otro libro y así sucesivamente hasta que terminara de orinar”.

Su vida escolar la cursó en un colegio privado, donde realizó sus estudios de primaria y secundaria. Su rendimiento en la primaria fue siempre bueno, Azucena dice que nunca participaba en las actuaciones de su colegio porque le avergonzaban, era poco sociable y manifiesta haber tenido pocos amigos, “tenía más amigas que amigos, era tímida con los niños”. Nunca repitió de año, siempre ocupó los primeros cinco puestos en su salón ya que era una persona muy estudiosa, “nunca destaque en ningún curso en particular, todos por igual”. En cuanto a participación en clase, Azucena comenta que sólo intervenía cuando era prueba oral con nota, aunque nunca intervenía por su propia voluntad, “nunca me ponía nerviosa, en cuestión de estudios siempre era segura de mí misma porque sabía lo que decía”. En la secundaria su rendimiento fue igual de bueno como en la primaria, su actitud hacia el colegio siempre ha sido de disgusto, “¡ ajjjj... siempre odié el colegio!”. En cuanto a su conducta manifiesta que en la secundaria se volvió un poco rebelde ya que inclusive contestaba mal a algunos profesores.

En lo referente a sus amistades, también en la secundaria eran pocas, tenía más amigas que amigos “no era muy unida a ellas, más que nada era relación trabajo, más que de amistad. Tenía una amiga pero luego nos fuimos separando”.

Al terminar el colegio postuló a dos universidades, pero ingresa solamente a una, en donde estudia Ciencias de la Comunicación. Cuando cursaba el sexto ciclo quiso cambiarse a Educación Especial pero luego se desanimó.

Sus primeras prácticas pre-profesionales las realiza en un conocido programa de televisión, en el área de pre-producción en donde duró un mes, ya que el equipo de personas con las que trabaja no le agradaba. Su segundo empleo fue en una agencia de publicidad en donde laboró dos meses, esto debido a que la empresa quiebra. Su tercer trabajo fue en el Centro E..., en donde se desempeñó como recepcionista. Aquí duró 7 meses hasta que decide renunciar por su embarazo. Azucena cuenta que además de estos empleos, siempre trabajó como Anfitriona de Eventos desde los 18 años hasta los 24 (actualmente no puede hacerlo por estar embarazada).

De todos sus trabajos, sólo estaba contenta con el de anfitriona porque es el que más remuneración económica le da.

En cuanto a sus aspiraciones manifiesta que no le interesa el trabajo por el momento.

De niña fue operada de una hernia inguinal cuando tenía un mes de nacida, luego padeció de las llamadas enfermedades infantiles y en la adolescencia sufrió de acné. La paciente refiere que tiene predisposición a enfermarse de la garganta, sufre de amigdalitis crónica y, tiene tendencia a la depresión. No ha tenido ningún accidente de gravedad, pero dice que se tropieza con las cosas con mucha facilidad.

La paciente cuenta que su padre quería que ella fuera hombre, en cambio su mamá quería mujer. Su menarquia fue a los 13 años y dice que no se asustó, al parecer ya le habían explicado lo que era la menstruación. Su período siempre ha sido regular (se enfermaba todos los meses).

En cuanto a su vida amorosa ha tenido 3 enamorados:

J...: Su relación duró 3 meses y medio. Azucena tenía 18 años.

M...: Era militar, su relación duró 2 años “él me propuso matrimonio, pero yo no lo quería”. Tenía 19 años.

P...: Su actual pareja y futuro padre de su hijo, lleva 2 años y medio de relación amorosa.

Su primer amor fue un muchacho llamado D.; Azucena tenía 15 años y expli-

ca que este amor fue platónico, ya que le gustaba el físico del muchacho. Este amor dura hasta que la paciente cumple los 17 años. Otro chico que le gustó, pero nunca fue su pareja fue C..., un muchacho que trabajaba en una discoteca, “era una obsesión, hablaba con él pero luego me corría por mi timidez”.

Comenta que en sus relaciones de pareja antes era fría pero, actualmente es un poco más cálida, aunque la paciente dice que no es de demostrar sus sentimientos.

Su primera relación sexual la tuvo con el que es su pareja en estos momentos, ella tenía 23 años y explica su primera vez como “nada del otro mundo, estaba muy insegura, fue horrible porque me demoré en perder mi virginidad, dolía mucho. Cuando finalmente se me rompió el himen sangré mucho”. En cuanto a la decisión de perder su virginidad Azucena comenta “me acosté con P.. porque dije, ¡ ya tengo 23 años y si me pasa algo y me muero virgen !, por eso me acosté con él”. Comenta además, que le hubiera gustado perder su virginidad con M...: “el me quería y me hubiera valorado”.

Actualmente sus relaciones sexuales son esporádicas: “él teme hacerle daño al bebe”.

Cuenta que no hay planes de matrimonio porque P.. no quiere casarse “antes creía que podía ser feliz con otro hombre, ahora no”. Azucena piensa que los hombres son “engreídos, miedosos y débiles”.

Con respecto a su embarazo cuenta que “desde que supe que estaba embarazada fui la única que quise tener a mi hijo, porque P.. quería que abortara”. En cuanto a cómo se embarazó, dice que siempre sus períodos menstruales se habían atrasado 10 días, por eso cuando se atrasó su período no se preocupó, pero no sabe porque decidió sacarse un análisis de orina para saber si estaba embarazada o no; el cual, sale positivo. Al ver el resultado decide tomarse la Subunidad Beta (análisis de sangre) y es P.. quien va a recoger los resultados. Al buscar a Azucena éste le dice “estás en bola” y luego “deja que fluya”.

A los 4 meses, Azucena empezó a dudar acerca de la decisión de seguir con su embarazo o no “comencé a dudar acerca del bienestar de mi hijo ya que estoy mal anímicamente y en ese momento pensé en abortar para evitar que mi hijo sufriera

pero, P... me dijo que estaba loca, que el embarazo ya estaba muy avanzado y que era peligroso”.

Azucena cuenta que no está tan enamorada de P... “lo quiero pero no veo estrellitas cuando lo veo”. En cuanto al matrimonio, P... nunca quiso casarse aunque, le dijo a la paciente que sólo se iban a casar por lo civil, pero al ver que P... alargaba el momento del matrimonio, Azucena decide terminar su relación. P... decide entonces dejar de llamarla generando en la paciente una gran angustia pues, temía que su pareja nunca la fuera a llamar “me desesperé, dije ¡nunca me va a buscar! aunque, sabía que me iba a buscar por mi hijo. Luego regresamos pero yo ya estaba deprimida”.

Su relación de pareja actualmente no está bien, sigue unida al padre de su hijo aunque confiesa no estar enamorada de él “P... cree que soy una máquina de tener hijos”.

Acerca de su idea de ser madre dice “todo el mundo se basa en el instinto maternal, me dicen que tengo que ser una madre una perfecta y desde que, me enteré que tenía un bebe en mi panza me dicen que ya tengo que quererlo, cosa que no es así porque si siento algo por él pero no es amor incondicional”.

En cuanto al parto, Azucena da a luz a una niña por medio de cesárea, debido a que su embarazo había pasado los 9 meses de gestación. Durante el parto estuvo presente su pareja. Al nacer su hija, entró en shock y esto lo explica así: “no podía creer que en mis manos tenía una persona de carne y hueso”.

Siente que aún no asimila la idea de tener una hija y su rechazo es tan profundo que la paciente manifiesta no acordarse nada de su embarazo y tiene un lejano recuerdo del día del parto (sólo se acuerda cuando le colocaron la epidural).

Azucena siente que quiere a su hija, aunque confiesa que no se muere por ella. La madre de Azucena es la que se encarga del cuidado de F..., hija de Azucena, ya que la paciente teme mucho hacerle daño a la bebe. La paciente está presentando síntomas de una gran hostilidad hacia su hija, los cuales se manifiestan como una angustia intensa cuando está cerca de ella, ya que según palabras de la paciente “tengo miedo de dañar a mi hija, se me pasa por la mente la idea de que, ¡qué pasaría si le tapo la nariz o si le pongo una almohada en la nariz!”.

La madre de Azucena cuenta: “Azucena está nerviosa, no quiere quedarse sola con su hija pues teme que pueda hacerle daño, una vez me estaba yendo a hacer compras y Azucena me llamó llorando diciendo que no la dejara sola”. La madre de Azucena también cuenta que su esposo, la suegra de su hija y P.. están presionando a la paciente para que dé de lactar y esto está generando angustia en Azucena.

La paciente cuenta que sólo le dio de lactar a su hija cuando estaba en el hospital, pero luego dejó de darle pecho porque empezó a tomar pastillas para la depresión. Azucena se siente culpable por las ideas de daño que tiene hacia su hija y por no darle pecho “todos me presionan para que le dé de lactar”.

Actualmente Azucena sale con P.. y su hija a Villa los fines de semana, pero la paciente siente que ya no puede hacer tantas cosas como las que hacía antes “hace poco me dio ganas de ir a una fiesta pero luego me di cuenta de F.. y regresé a la realidad”.

EVALUACIÓN

Test de Retención Visual de Benton.

Escala de Hamilton para la Depresión.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon - MCMI II.

Test de la Figura Humana de Machover.

Test de Frases Incompletas de Sacks.

Test de la Familia de Corman.

Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck.

Test Desiderativo.

Escala de Inteligencia para Adultos de Weschsler (WAIS).

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

Test de Apercepción Temática de Murray.

Psicodiagnóstico de Rorschach.

RESULTADOS

- Rendimiento intelectual: Promedio (CI: 107, CIM: 106, CIV: 107) aunque hay interferencia del factor emocional. Su pensamiento es abstracto, la memoria mecánica, auditiva e inmediata son adecuadas.
- Su vocabulario se encuentra en un nivel promedio al igual que su atención y concentración.
- Coordinación motora y capacidad de análisis-síntesis: rápida y adecuada
- Problemas sexuales: rechazo a dicha área.
- Estructura de personalidad: inmadura, infantil y patológica.
- Conflicto con las figuras parentales: especialmente con el padre.
- Suspacia y desconfianza hacia los demás (ideación paranoide).
- Pobre control de impulsos y baja autoestima.
- Presencia de sentimientos autodestructivos y autoderrotistas.
- Relaciones interpersonales: inadecuadas y dependientes.
- Inestabilidad e inseguridad.
- Manifiesta un confuso y constante fondo de tensión, tristeza y enfado y esto la lleva a vacilar entre el deseo de afecto y el miedo al rechazo.
- Percepción del ambiente: extraño, hostil y opresor.
- Mecanismos de defensa: negación, proyección, escisión, fantasía, represión y regresión.
- Utiliza la fantasía como medio de escape.
- Fragilidad yoica.
- Temor a la soledad y al abandono.
- Superyó: rígido, severo.
- Despersonalización.

DIAGNÓSTICO

De acuerdo a las características presentadas por la paciente se llegó a la conclusión que Azucena tiene un Trastorno Borderline de la Personalidad que la ha llevado a desarrollar un cuadro depresivo severo. Fundamento estos diagnósticos por los siguientes síntomas:

- Sentimientos de vacío: La sensación de desesperanza e inutilidad que siente la paciente hacia la vida.
- Despersonalización: Ocurrida tres veces en momentos de intenso estrés.
- Inestabilidad afectiva: Sentimientos de ambivalencia hacia su pareja, madre e hija.
- Sus relaciones interpersonales son intensas e inestables; estas van desde idealización hasta devaluación hacia la misma persona (pareja).
- Sensación de no existir: Siente que el mundo es un sueño, por lo que a veces ha tenido la sensación de no estar en la realidad.
- Ambivalencia afectiva: Hacia madre, hija y pareja.
- Simbiosis con la figura materna
- Tristeza y desesperanza
- Antes le gustaba asistir a reuniones sociales, pero ahora ya no tiene ganas de ir a fiestas.
- Desde hace tiempo tiene problemas con el sueño; no duerme bien.
- Le cuesta trabajo concentrarse.
- Se siente inútil y presenta gran sentimiento de culpa.

PLAN TERAPÉUTICO VIABLE

De acuerdo al tipo de patología de la paciente y a que su cuadro se inició en la infancia, la terapia que se va a aplicar es la Psicoanalítica, junto con una terapia farmacológica para poder controlar los síntomas. En este caso hubiera sido ideal que la familia entrara en una terapia conjunta, ya que la patología involucra a todo el núcleo y también hay sospecha de que los demás miembros tienen problemas a nivel psicológico, pero se descarta esta posibilidad ya que ni su padre ni su hermana aceptan el trastorno de la paciente ni tampoco están dispuestos a colaborar.

La terapia va a estar orientada principalmente a restaurar los vínculos parentales, los cuales son inadecuados. Aquí el trabajo va a consistir el romper la simbiosis con la madre y recuperar el vínculo con el padre. Otras de las tareas a lograr en terapia va a apuntar a mejorar las relaciones interpersonales lo que va a permitir que la paciente pueda sentirse tranquila y confiada con otras personas y pueda llegar a intimar sin tener miedo de que posteriormente pueda ser traiciona-

da. Es importante también que la paciente reconozca cuales son las fuentes que le producen agresividad y que aprenda a controlarlas y sublimarlas. Es sumamente importante enseñarle a la paciente a que acepte los sucesos traumáticos de su infancia y reconocer y enfrentar las situaciones estresantes para que así ya no recurra a las despersonalizaciones. Otro punto a tocar en terapia es el manejo de la ansiedad y la frustración. En el caso de la ansiedad ésta se desborda con mucha facilidad, por ello el trabajo va a estar orientado en identificar los posibles detonantes y hallar otra vía saludable para descargarla. En lo que es la frustración, la paciente tiene poca tolerancia, por ello se debe enseñarle que no siempre se obtiene lo que se quiere y que la frustración es parte de la vida.

Todo este trabajo psicoterapéutico debe ir acompañado de una terapia farmacológica la cual es importante para disminuir y controlar los síntomas de la patología.

COMENTARIO

Ante todo debo decir que este trabajo me enseñó el papel fundamental que tenemos los psicólogos para con nuestros pacientes. Estoy eternamente agradecida a Azucena por permitirme ayudarla y aprender de su experiencia de vida lo importante que es la salud mental. Escogí la teoría psicoanalítica ya que es la que mejor explica la patología de mi paciente y a la cual me siento más afín. En el presente caso observé que la personalidad patológica de Azucena se instaló en la niñez y ha sido producto de la relación simbiótica que existe entre Azucena y su madre y al maltrato que ha sido víctima por parte de su padre. Tengo que resaltar que he tenido y tengo la sospecha que mi paciente ha sido víctima de abuso sexual por parte del padre aunque nunca pude probarlo pero hay indicios que me hacen sospechar, como por ejemplo el no acordarse de su niñez y del miedo que siente cuando su padre la toca. Un punto que siempre me preocupó fueron los sentimientos de rechazo y celos que siente hacia su hija y los impulsos agresivos que tiene para con ella. No quiero terminar sin decir que Azucena mejoró considerablemente sus síntomas depresivos y borderline y que poco a poco empezó a aceptar a su hija aunque aún no concibe la idea de ser madre.

BUBLIOGRAFÍA

- Arias, Silvano (1981) *Psicoterapia de la depresión*. Buenos Aires. Paidós. 449 pag.
- Andersen y Andersen (1989) *Técnicas proyectivas*. Madrid. Rialp S.A. 799 pag.
- Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica (1994) *El paciente fronterizo*. Lima, Jorge Tapia, 111 pag.
- Bell, John (1988) *Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires. Paidós. 298 pag.
- Belloch, Amparo (1997-98) *Manual de Psicopatología*. Madrid. McGrawhill, 2 tomos.
- Bernardo Arroyo, Miguel (1999) *Trastornos de la personalidad: Evaluación y Tratamiento. Perspectiva Psicobiológica*. Barcelona. Masson. 175 pag.
- Caballo, Vicente (1995) *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Madrid. Siglo XXI.
- Calderón Narváez, Guillermo (1990) *Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento*. México, Trillas, 252 pag.
- Cameron, Norma (1988) *Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: Un enfoque dinámico*. Mexico, Trillas, 767 pag.
- Chinchilla Moreno, Alfonso (1998) *Tratamiento de las depresiones*. Barcelona. Masson. 310 pag.
- Chinchilla Moreno, Alfonso (1999) *Guía Terapéutica de las depresiones*. Barcelona, Masson, 148 pag.
- Corman, Louis (1967) *El Test del Dibujo de la Familia*. Kapeluz, Buenos Aires, 156 pag.
- Dominan, Jack (1990) *Depresión ¿qué es?, ¿cómo tratarla?* Buenos Aires. Planeta. 245 pag.
- Dorfman, Beatriz (1992) *Paciente limítrofe: Diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires. Lugar S.A. 279 pag.
- Exner, John (1992) *Manual de Interpretación del Rorschach*. Madrid. Prismática, 238 pag.
- Exner, John (1996) *Guía de Bolsillo de la Calidad Formal del Rorschach*. Madrid. Psimática. 132 pag.

- Hammer, Emanuel. *Test Proyectivos Gráficos*. Buenos Aires. Paidós. 197 pag.
- Kaplan, Harold; Sadock. Benjamín (1992) *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona. Masson: Salvat, 2 tomos.
- Kaplan, Harold; Sadock. Benjamín (1996) *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires. Panamericana. 1277 pag.
- Kernberg, Otto (1987) *Trastornos Graves de Personalidad*. Mexico. El Manual Moderno S.A.. 348 pag.
- Lelord, Francois (1996) *Cómo tratar con personalidades difíciles*. Madrid. Acento. 318 pag.
- Marcelli, Daniel (1992) *Adolescencia y Depresión*. Barcelona. Masson. 167 pag.
- Marinópulus, Jenny; Ruiz-Huidobro, Mercedes (1991) *Entre la Neurosis y la Psicosis*. Perú. Amaru Editores. 276 pag.
- Millon, Theodore (1998) *Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM IV*. Barcelona. Masson, 853 pag..
- Paykel, E. S. (1985) *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid. Pirámide. 679 pg.
- Pichot, Pierre. *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson. 909 pag.
- Rapaport, David. *Test de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires. Paidós. 123 pag.
- Sánchez García, José (1996) *Personalidad borderline y narcisista: Una revisión sinóptica introductoria*. Lima. UNMSM. 363 pag.
- Sogi, Cecilia; Saavedra, Alfredo (1997) *Aportes de la Epidemiología a la Nosología de la depresión*. Lima, INSM H. Delgado - H. Noguchi. 161 pag.
- Vallejo Ruiloba, J. (1990) *Trastornos afectivos, ansiedad y depresión*. Barcelona. Salvat. 626 pags.
- Wechsler, David (1955) *Manual de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler*. Lima. Emape. 65 pags.
- Zanolo, Bruno (1995) *Análisis y significación de la categoría de contenido del psicodiagnóstico de Rorschach*. Perú. 111 pags.