

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología

PSICODINAMICA Y PSICOTERAPIA DEL
PACIENTE FRONTERIZO

MARIA DEL PILAR GRAZIOSO ARAGON

Guatemala

1982

PSICODINAMICA Y PSICOTERAPIA DEL
PACIENTE FRONTERIZO

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología

LIBRO
1982
DICIEMBRE 1982

PSICODINAMICA Y PSICOTERAPIA DEL
PACIENTE FRONTERIZO

MARIA DEL PILAR GRAZIOSO ARAGON

Ensayo presentado para optar al
grado académico de Licenciatura en Psicología

Guatemala

1982

Vo. Bo. :

(f)

Doctor Otto Gilbert

Fecha de aprobación:

AGRADECIMIENTO

Agradezco muy sinceramente al Doctor Otto Gilbert sus enseñanzas y disponibilidad al asesorarme. Su apoyo y sus acertadas observaciones fueron de incalculable valor y de ellos depende en gran parte la realización de este trabajo.

Al Doctor Jaime Arbona quien despertó el interés de ampliar mis conocimientos sobre el paciente fronterizo, la psicoterapia infantil y con adolescentes y me supervisó en el caso de María.

A todo el Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala por sus enseñanzas, ayuda y orientación; en especial a la Licenciada Josefina Antillón quien colaboró mucho en mi formación; así como a la Licenciada Beatriz Molina por autorizar la realización de estos ensayos.

A la señora Rosa María de Orellana por su generosa colaboración. J

Y de manera especial, al Doctor Luis Eduardo Porras, sus valiosos aportes, sugerencias y recomendaciones que me enseñaron mucho de lo expresado en este trabajo; y al mismo tiempo, fueron apoyo y motivación para profundizar más sobre el paciente fronterizo.

CONTENIDO

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. REVISION DE PUBLICACIONES SOBRE EL TEMA	3
A. Concepto de Paciente Fronterizo	3
B. Etiología	6
C. Características.	8
D. Diagnóstico	13
E. Psicoterapia	17
III. CASO CLINICO	26
A. Historia Clínica y Examen Mental	26
B. Plan de Tratamiento	31
C. Resumen de lo trabajado en 5 meses de Psicoterapia	32
D. Transcripciones de algunas reacciones de María acerca de sus sentimientos	35
IV. DISCUSION	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43

I. INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa de cambios en la que la persona desea alcanzar una autoimagen, de la cual se sienta satisfecho, y así consolidar su personalidad. El adolescente busca un sentido de identidad individual y se siente confundido. Esto, unido a las influencias de factores ambientales, sociales, familiares y hereditarios; y al desarrollo emocional durante el proceso de separación-individuación, contribuye a que sea una época propicia para que aparezcan síntomas psicopatológicos. Estos síntomas pueden persistir en la edad adulta.

Los adolescentes y adultos, que en estas condiciones buscan ayuda psicoterapéutica, desean obtener cambios beneficiosos que se manifiesten en su conducta y pensamiento.

Desde el momento en que se inicia un proceso psicoterapéutico, el terapeuta necesita tener una clara conceptualización de la psicopatología del paciente, para poder formular consideraciones diagnósticas y elaborar un plan que pueda conducir a alcanzar los objetivos.

En la literatura sobre psicopatología, se hace poca referencia a los casos de adolescentes que presentan síndrome fronterizo entre los límites de las características diagnósticas de los neuróticos y psicóticos, lo que repercute en dificultades al elaborar el diagnóstico. En ocasiones, los pacientes fronterizos pasan

desapercibidos o se realiza con ellos un proceso terapéutico con propósitos de resolver otros problemas como histeria, paranoia o depresión. Esto significa en la mayoría de casos, no tomar en cuenta los fracasos en alcanzar exitosamente el proceso de separación-individuación ni el temor al abandono y a la separación. Esto se enraiza en gran parte, en el tipo de relación madre-hijo especialmente durante los tres primeros años de vida del niño ya que éste necesita disponer de la capacidad maternal para desarrollarse emocionalmente y convertirse así en una persona autónoma.

Lo anteriormente mencionado, sirvió de motivación para realizar este ensayo en el que se presenta una revisión de la literatura psicoanalítica norteamericana sobre el paciente fronterizo, sus causas, su concepto, sus características, y su proceso de terapia. Esta parte teórica, se complementa y se ilustra con un caso clínico en el que se observan ciertas características de este tipo de psicopatología en una adolescente.

Se considera, que esta publicación, será un aporte útil para la enseñanza de la psicopatología y al mismo tiempo una fuente de información para aclarar dudas sobre este tipo de pacientes.

II. REVISION DE PUBLICACIONES SOBRE EL TEMA

A. Concepto de Paciente Fronterizo

Se han realizado muchos intentos para definir al paciente fronterizo, entre los que destacan las descripciones que incluyen estudios psicodinámicos, consideraciones socioculturales, descripciones clínicas y posibles determinantes biológicos.

En 1938, Stern, citado por Chessick, (1974) y por Guderson y Singer, (1975), fue el primero en utilizar el término fronterizo. El proponía que el problema básico de estos pacientes era un daño narcisista desarrollado por carencia de afecto materno, lo cual se manifestaba en sufrimiento psíquico, rigidez, reacción terapéutica negativa, inseguridad, extraña pseudoecuanimidad, tendencia a usar la proyección y tendencia a la autoconmiseración.

Fenichel, citado por Rinsley, (1977), escribe que los pacientes fronterizos, pueden ser vistos como neuróticos que periódicamente tienen síntomas de enfermedad, en un grado que podría ser nombrado psicótico.

Green (1977) hace una revisión de la literatura sobre el tema y destaca que los puntos relevantes son: 1) el rol del ego, del sí mismo y del narcisismo con sus mecanismos primitivos de defensa, de disociaciones y escisiones y sus consecuencias de catexis e identificaciones proyectivas; 2) la función de las

relaciones objetales; 3) la presencia de ansiedad de proporción psicótica; 4) el fracaso en la creación de un espacio transicional; 5) la condensación de metas genitales y pregenitales; 6) el rol de la relación complementaria y 7) la noción de distancia psíquica.

Knight, en 1953, aplica el término a quienes no podían incluirse en otra clasificación y discute los casos fronterizos en términos de deterioro de las funciones de ego y enfatiza que estos pacientes presentan gran variedad de síntomas neuróticos, conductas delincuentes, "acting outs" y síntomas pseudo-psicopáticos.

En 1957, Deutch elabora el concepto de personalidad "como si" (as if), para describir a las personas que parecen amables, que no tienen defectos en evaluar la realidad, pero que no tienen identidad propia ni son capaces de algún apego afectivo genuino.

Cita
Hoch, introduce el término "esquizofrenia psiconeurótica" para designar a los pacientes que reaccionan con mucha ansiedad y presentan síntomas de diversos tipos de neurosis.

Laplanche y Pontalis (1967), definen fronterizo como el término usado para designar trastornos psicopatológicos en la frontera entre la neurosis y la psicosis, particularmente esquizofrénicos latentes que muestran síntomas aparentemente neuróticos.

En 1967, More y Fine (Green, 1977) dicen que fronterizo, es un término que se refiere a un grupo de condiciones que manifiestan fenómenos neuróticos y psicóticos sin caer dentro de ninguna categoría diagnóstica.

El término, según Rinsley (1975), puede aplicarse a los casos que muestran problemas interrelacionados de narcisismo patológico y de diferenciación del sí mismo y del objeto incompleta; puede aplicarse también a un amplio espectro de desórdenes de personalidad que incluyen inadecuación, trastornos esquizoides, histeria y narcisismo. Con respecto a esto, Kohut (Adler, 1981), hace una clara distinción entre los pacientes fronterizos y los narcisistas.

Para Chessick (1974), una delineación del paciente fronterizo incluye las siguientes características: 1) cualquier variedad de síntomas neuróticos, psicóticos, psicósomáticos o sociopáticos en cualquier combinación, o grado de severidad; 2) el paciente presenta tanto relaciones caóticas como relaciones superficiales y aparentemente estables; 3) la capacidad de evaluar la realidad y la habilidad de funcionar en trabajo no está totalmente dañada y 4) las funciones de ego en estos paciente no se deterioran.

Grinker (1977), propone que existen cuatro grupos de pacientes fronterizos: Grupo I, pacientes que fracasan en sus relaciones interpersonales y que reaccionan colérica y negativamente contra los demás y sus ambientes; Grupo II, son inconsistentes, se acercan a las personas y después se alejan de ellas, se aíslan y se sienten solos y deprimidos, Grupo III, parecen estar en búsqueda de

su identidad y tratan de defenderse contra la percepción de vacuidad; y Grupo IV, son las pacientes que buscan relaciones simbióticas.

B. Etiología

Los estudios de Mahler, respecto a la contribución de las etapas de separación-individuación en el desarrollo normal del ego y las de Bowlby en psicopatología de la separación (Masterson, 1978), llevan a pensar que la causa psicomodinámica que ocasiona desórdenes fronterizos, consiste en un fracaso en el proceso de separación-individuación.

Las fuerzas que influyen para que el niño alcance su autonomía son: el estímulo y soporte que brinda la madre y el dominio de las funciones del ego.

Los estados fronterizos, pueden precipitarse porque la madre, le quita la disponibilidad libidinal al niño en los esfuerzos que hace por separarse.

Las defensas del niño, le permiten funcionar hasta la pubertad, cuando ocurre un segundo desarrollo maduracional en el ego. La maduración y la necesidad de separarse posteriormente de la madre produce una recapitulación del proceso de separación-individuación. Esta puede precipitar en algunas adolescentes, síndromes fronterizos. La segunda fase del proceso de separación-individuación, sola o combinada con la separación del adolescente, refuerza los síntomas de abandono y se produce un síndrome clínico con la intensificación del uso de defensas.

Para Kernberg (1977) la consolidación del síndrome fronterizo, ocurre cuando persiste una disociación entre la determinación libidinal (igual o bueno), y la determinación agresiva (igual o malo) del sí mismo y las representaciones del objeto. Las consecuencias de esta fijación son: persistencia de la defensa primitiva de escisión, fracaso en el desarrollo de un concepto integrado de sí mismo, sobredependencia crónica de los objetos externos, desarrollo de rasgos contradictorios del ego que repercute en relaciones interpersonales caóticas.

La separación para el paciente fronterizo, no evoluciona como una experiencia evolutiva normal sino por el contrario, ocasiona sentimientos intensos de abandono y para defenderse de ellos, se prende de la figura maternal y no alcanza su autonomía (Masterson, 1976).

Algunas madres de pacientes fronterizos, han sufrido ellas mismas de este síndrome el cual despersonaliza al niño pues al mismo tiempo que lo recompensa para que se acerque a ella, le retira su energía libidinal cada vez que hace esfuerzos por separarse e individualizarse. Estos dos tipos de interacción son introyectados por el niño, junto con las representaciones de sus objetos parciales de sí mismo, formando así, las unidades de relaciones objetales escindidas que constituyen la estructura intrapsíquica del paciente fronterizo.

Cuando el niño hace intentos de crecer se le retira el apoyo, lo cual

hace aflorar en él sentimientos de abandono que producen sentimientos de depresión, temor y pasividad. Estos sentimientos son intolerables y se afrontan con mecanismos de defensa de escisión que bloquean al paciente para que llegue a alcanzar su autonomía a pesar de que terminó su fase simbiótica y repercute en el fracaso en el desarrollo de la constancia de objeto (Masterson, 1974).

Chessick, (1974), describe a la madre de estos pacientes como inteligente, sobreprotectora y a menudo envía mensajes crueles y de rechazo.

Zetzel (1971), incluye otras causas como el fracaso en el logro de la diferenciación de objetos, la incapacidad de reconocer, tolerar y dominar la separación, pérdida y heridas narcisistas y la ausencia de internalizar una identificación del ego y auto-estima que permitan la autonomía y la capacidad de mantener relaciones afectivas estables.

C. Características

Los estudios y publicaciones de varios autores (Masterson, 1974, 1976, 1978; Chessick, 1974; Zetzel, 1971; Gunderson y Singer, 1975; Friedman, 1975; Grinker, 1977; Green, 1977; Rinsley, 1977; Adler, 1971; Kernberg, 1977), ayudan a elaborar un resumen de las características de afecto, pensamiento, personalidad, y manifestaciones conductuales del paciente fronterizo.

1. Ansiedad: La ansiedad en estos pacientes es crónica, difusa y flotante y la capacidad que tienen para tolerarla es limitada. Se presenta ansiedad intensa ante un temor a la separación.

2. Afecto: Entre las cualidades del afecto de las pacientes fronterizas, está la presencia de cólera dirigida a objetos representativos, depresión experimentada como soledad ya que se dan cuenta que no pueden relacionarse con otros; esta soledad, se caracteriza por sentimientos de desesperación y vacío. Expresiones de afecto intenso, de naturaleza hostil y variable las cuales no parecen incluir experiencias placenteras. Tienen poca capacidad de tolerar dolor afectivo y la manifiestan en respuestas regresivas. Sobrelaboran el significado afectivo de los hechos.

3. Pensamiento: El pensamiento es mágico, ego-sintónico y paradójico. No hay una clara distinción entre pensamiento, representaciones mentales y afecto. Existe una tendencia a regresar a utilizar el proceso primario de pensamiento.

Tiene dificultad de percibir las limitaciones reales, las diferencias entre pasado y presente y entre fantasía y realidad, especialmente bajo condiciones de stress. La capacidad de internalizar identificaciones estables es limitada y vulnerable. Los hechos no relacionados los conectan ilógicamente. El paciente experimenta pánico porque se siente totalmente desprovisto de cualquier memoria, fantasía o imagen de una persona que le brindó apoyo sin amenazarlo de retirárselo al crecer.

El fronterizo, continúa usando formas arcaicas de ideación y tiene dificultad para sintetizar las introyecciones y proyecciones positivas y negativas lo que le da una calidad lábil a sus relaciones interpersonales. Tiene dificultad en mantener un firme concepto de sí mismo. No posee confianza básica.

4. Estructura Intrapsíquica: La estructura intrapsíquica del paciente fronterizo consiste en: 1) una autoimagen escindida con una parte buena que ofrece aprobación, y soporte; y otra mala que ataca, critica y es hostil y 2) una imagen del objeto también escindida con una parte recompensante y otra que rechaza. Esto puede resumirse en que las relaciones objetales del paciente fronterizo son fragmentadas y patológicas y su ego es escindido lo que dificulta que se relacione con el terapeuta como con un objeto total.

Las unidades de relaciones objetales escindidas, pueden esquematizarse en: 1) rechazante (representación parcial del objeto maternal que es hostil, ataca, es colérico, retira la aprobación por cualquier esfuerzo que hace el niño por separarse, sentimientos de frustración y cólera; representación parcial de sí mismo considerándose malo, feo y culpable) y 2) recompensadora (una representación parcial que ofrece aprobación, apoyo, soporte y confort, ante el comportamiento regresivo de apego, lo que produce sentimientos de bienestar y gratificación. La representación parcial de sí mismo es complaciente).

5. Relaciones Interpersonales: En sus relaciones interpersonales, casuales, el paciente fronterizo se relaciona superficialmente y de manera transitoria, mientras que en sus relaciones cercanas es manipulador y dependiente, tendiendo en algunos casos a devaluarlas. Establece frecuentes relaciones transitorias y superficiales.

6. Síntomas Neuróticos: En el fronterizo, puede observarse fobias múltiples, síntomas obsesivos-compulsivos, síntomas bizarros de conversión, reacciones disociativas, especialmente histéricas; hipocondrías, tendencias paranoicas.

7. Tendencias Sexuales: En algunos, se manifiestan desviaciones sexuales, formas extrañas de perversión, especialmente las que comprenden manifestaciones agresivas de las actividades genitales eliminatorias (defecación y orina). Se han observado casos de promiscuidad sexual.

8. Tendencias Prepsicóticas: Estas incluyen cortas experiencias psicóticas de tipo paranoide en situaciones de stress, rasgos de personalidad esquizoide, y maniacodepresiva.

9. Impulsos Neuróticos y Desórdenes de Carácter: El paciente fronterizo, manifiesta un deficiente control de impulsos; frecuentemente tiene comportamiento autodestructivo y en algunos es sado-masoquista, hay repetidos intentos de suicidio y de abuso de drogas. Hay una búsqueda intensa

para satisfacer las necesidades.

10. Mecanismos de Defensa: El paciente fronterizo posee mecanismos de defensa escindidos (Masterson, 1978) que lo hacen mantener separadas las unidades parciales de las relaciones objetales.

Los mecanismos de defensa, (idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación), protegen al paciente de sus conflictos intrapsíquicos pero a costa de debilitar el funcionamiento del ego y de reducir su adaptabilidad y de alterar la percepción de la realidad.

Los mecanismos de defensa que predominan, están centrados alrededor del mecanismo de escisión (Kernberg, 1977).

La manifestación más clara de escisión, es probablemente la división de los objetos externos en "todo bueno" o "todo malo".

Las formas primitivas de proyección, están caracterizadas por: tendencia a continuar el impulso que es proyectado a otra persona, temor ante la persona a quien se le proyectó el impulso, y necesidad de controlar al objeto externo bajo la influencia de este mecanismo.

La negación puede manifestarse como una carencia de preocupación, de ansiedad o de reacción emocional. La omnipotencia y la devaluación, son de-

rivativos de las operaciones de escisión que afectan las representaciones de los objetos y del sí mismo.

La persona fronteriza, refleja impedimento en la integración del super ego que para ella es muy punitivo. Existen pacientes con personalidad fronteriza que mantienen un super ego con integración relativamente adecuada.

D. Diagnóstico:

Un diagnóstico es un requisito indispensable para un exitoso proceso psicoterapéutico.

Un diagnóstico acertado (Masterson, 1974) de un desorden fronterizo, depende de una profunda comprensión de los factores psicodinámicos y las consecuencias que se producen cuando los patrones de separación-individuación son presionados por una depresión causada por abandono. Es necesario contemplar las conductas de "acting out", la experiencia de separación, la historia pasada, la personalidad de los padres y los patrones de comunicación familiar.

El diagnóstico incluye una distinción de los problemas determinados por conflictos intrapsíquicos no resueltos, cambios regresivos atribuidos a stress y fracaso en utilizar ciertas funciones del ego. (Zetzel, 1971).

Kernberg (1977), propone el diagnóstico estructural, es decir, el diagnóstico de la organización de las estructuras intrapsíquicas de la personalidad del paciente lo cual ayuda a distinguir los desórdenes fronterizos de las neurosis y

de las psicosis. Este tipo de diagnóstico requiere una técnica especial de entrevista clínica utilizando una entrevista estructurada focalizada en la relación entre el paciente y el terapeuta, el funcionamiento interpersonal, y la historia de su sintomatología.

Los criterios estructurales útiles en el diagnóstico diferencial de la personalidad fronteriza son: manifestaciones no específicas de debilidad del ego, tolerancia a la ansiedad, control de impulsos, capacidad de sublimación, presencia o ausencia de proceso primario de pensamiento, presencia o ausencia de integración de identidad, tipo de mecanismos de defensa y presencia o ausencia de evaluación de la realidad.

Este tipo de entrevista estructural combina el examen del estado mental, la interacción terapeuta-paciente y la clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos de identidad, mecanismos de defensa y distorsiones de la realidad.

El diagnóstico estructural debe tomar en cuenta: 1) la integración de identidad versus difusión de identidad, 2) predominancia de mecanismos de defensa centrados alrededor de la represión, 3) la ausencia de capacidad de evaluar la realidad, 4) las características descriptivas de cortos episodios psicóticos.

El tipo de relación entre terapeuta y paciente ha demostrado ser un factor

determinante en una definitiva evaluación diagnóstica ya que el paciente no siempre manifiesta su sintomatología fronteriza desde el inicio y puede estar funcionando como un paciente neurótico.

Es útil tomar en cuenta en la evaluación de estos pacientes si tienen capacidad de mantener un sí mismo cohesivo, si tienen capacidad de formar transferencias estables entre el sí mismo y el objeto y si pueden alcanzar el estado de soledad maduro.

Gunderson y Kolb (1980), elaboraron una entrevista semi-estructurada para evaluar al paciente fronterizo en las siguientes áreas: 1) adaptación social, 2) patrones de acción, 3) afecto, 4) psicosis y 5) relaciones interpersonales. El resultado de la entrevista permite discriminar al paciente fronterizo de pacientes esquizofrénicos y neuróticos.

Para Rinsley (1977), el diagnóstico del síndrome fronterizo comprende una categorización neurística, nosológica, clínica, teórica y etiológica.

Thaler Singer (1977), menciona que los tests psicológicos, han sido utilizados para diagnosticar a los pacientes fronterizos. Estos pacientes responden adecuadamente a los tests estructurados pero en los tests proyectivos no estructurados, dan respuestas extrañas, ilógicas y primitivas. Las asociaciones que realizan son extravagantes y sobreelaboradas.

En el DSM III (1980:182), se señala que para hacer el diagnóstico, se necesitan

al menos, 5 de las siguientes características.

1. Impulsividad e impredecibilidad, en al menos dos áreas que son potencialmente autodestructivas. Por ejemplo: gastos, sexo, apuestas, uso de drogas, pequeños robos, actos auto destructivos.
2. Un patrón de relaciones intensas e inestables. Por ejemplo: cambios marcados en la actitud, idealización, devaluación, manipulación (utilizar consistentemente a otros para sus propios fines).
3. Presencia de ira intensa e inapropiada o falta de control sobre la ira. Por ejemplo, muestras frecuentes de ira constante y de cólera.
4. Problemas en la identidad, manifestada por incertidumbre acerca de varios tópicos relacionados a la identidad, tales como autoimagen, identidad de género, metas a largo plazo o elección de profesión, patrones de amistad, valores y lealtades. Por ejemplo, "¿Quién soy?", "Siento que soy mi hermana cuando soy buena".
5. Inestabilidad afectiva: Marcados cambios de estado normal a depresión, inestabilidad o ansiedad. Estos cambios duran usualmente unas pocas horas y solo en raras ocasiones por más de unos pocos días, después de esta, hay un retorno a lo normal.
6. Intolerancia a la soledad. Por ejemplo, esfuerzos frenéticos para

estar acompañado y muestra depresión cuando está solo.

7. Actos autodañinos como intentos suicidas, automutilaciones, accidentes recurrentes o peleas.
8. Sentimientos crónicos de vacuidad y aburrimiento.

E. Psicoterapia

Existe una amplia controversia entre psicoterapeutas sobre el tipo de psicoterapia recomendada para trabajar con pacientes fronterizos, especialmente en lo que concierne al valor de las interpretaciones y al momento en que deben llevarse a cabo.

En el tratamiento psicoterapéutico de pacientes limítrofes, se han utilizado varios enfoques: 1) un enfoque autoritario y directivo; 2) psicoanálisis; 3) psicoterapia combinada con experiencias correctivas; 4) psicoterapia psicoanalíticamente orientada; 5) psicoterapia de intervención en crisis; 6) psicoterapia de apoyo y soporte; 7) psicoterapia de corta duración centrada en un problema específico (Chessick, 1974; Sarwer-Foner, 1977).

Un tratamiento bien llevado (Zetzel, 1971), logra que el paciente pueda ser capaz, sin usar medicamentos, de abandonar sus temores irracionales y sus expectativas mágicas. Situaciones terapéuticas intensivas e inestructuradas, pueden ser muy peligrosas para estos pacientes, especialmente porque pueden provocar serias regresiones.

Las entrevistas regulares pero limitadas una o dos veces por semana, son óptimas para evitar reacciones contratransferenciales; puede trabajarse dos veces por semana pero no cuando se observa que los pacientes están haciendo demandas sobre una cura mágica.

Friedman (1975), resume algunas consideraciones sobre la psicoterapia con pacientes fronterizos: 1) es necesario establecer un rapport positivo entre paciente y terapeuta; 2) la movilización de transferencia negativa no es considerada ni esencial ni deseable en el tratamiento; 3) el establecimiento de una alianza terapéutica ayuda al paciente en su proceso de autoconocimiento; 4) las relaciones de contratransferencia, pueden usarse como señales que indiquen que los límites probablemente no se establecieron adecuadamente.

Para Masterson (1976), las dos formas de psicoterapia con este tipo de pacientes son: de apoyo y reconstructiva. La mayoría de pacientes limítrofes, son tratados con terapia de apoyo. Durante este período, el terapeuta tiene la oportunidad de evaluar el potencial del paciente para psicoterapia reconstructiva.

La psicoterapia de apoyo, pretende capacitar al paciente para que aprenda a tener un control consciente de los mecanismos de defensa patológicos de su ego. La etapa de evaluación es más larga, las regresiones son frecuentes y la transferencia y la alianza terapéutica son menos intensas.

La psicoterapia reconstructiva orientada psicoanalíticamente, pretende trabajar la depresión de abandono del paciente para que alcance su autonomía junto con la transformación de sus relaciones objetales escindidas en relaciones totales.

Kernberg (1977), propone un estilo de psicoterapia psicoanalíticamente orientada. Esta, al partir de un buen diagnóstico de la psicopatología fronteriza, puede reducir su duración y continuar siendo efectiva. Su enfoque es intrusivo, subraya los aspectos negativos de la transferencia y hace uso de la contratransferencia; el terapeuta hace presión sobre las capacidades del paciente para activarlas y permitirle que las utilice en la evaluación de la realidad.

Para Sarwer-Foner (1977), el modelo efectivo en el tratamiento de los pacientes fronterizos es el que contempla las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas, especialmente en los que sufren trastornos severos. Klein (1977), critica las construcciones psicoanalíticas y la psicoterapia psicoanalíticamente orientada y defiende el uso de psicofármacos para ayudar al estado afectivo de estos pacientes.

La terapia familiar puede ser muy efectiva (Gunderson, 1980; Mandelbaum, 1977) al dirigirse hacia la matriz familiar. La terapia se focaliza en mover la estructura familiar de unas estructuras defensivas débiles a patrones más elevados fortaleciendo ciertas subestructuras para que puedan funcionar mejor cambiando perspectivas, utilizando las funciones del ego y clarificando ciertas confusiones.

La energía se dirige a nuevas direcciones y se utiliza para resolver fracasos en la internalización y reconciliación de objetos buenos y malos, para disminuir las tendencias agresivas, para tolerar sentimientos de amor sin riesgo de fusión y así, hacer posibles la autonomía y la separación.

Para Chessick (1982), es recomendable la psicoterapia de larga duración e intensiva. Él intenta ilustrar que las interpretaciones tempranas en la psicoterapia son inefectivas, al menos, en un buen número de casos. Esto es principalmente, porque el paciente no tiene un estado cognoscitivo que le permita utilizar cualquier interpretación. Primero, debe establecerse una buena alianza terapéutica para utilizarla posteriormente como un objeto del sí mismo que ayude a trabajar la dinámica de la comprensión del sí mismo.

El objetivo de la terapia con el paciente fronterizo, es fortalecer y mantener la alianza terapéutica aún cuando esta alianza sufra inevitables y repentinos quebrantos cuando el paciente se expone a stress. (Masterson, 1978; Chessick, 1974).

La transferencia en psicoterapia con pacientes fronterizos, es de tipo fronterizo, la cual consiste en activación de una proyección sobre el terapeuta de los objetos parciales primitivos del paciente y de las relaciones objetales escindidas. (Masterson, 1978).

En aquellos períodos en los que el paciente proyecta su unidad parcial

que rechaza y amenaza sobre el terapeuta, percibe la terapia como orientada a sentimientos de abandono, niega los beneficios reales que está obteniendo y activa la unidad parcial recompensante como defensa.

Cuando el paciente proyecta esta unidad sobre el terapeuta se siente bien pero, usualmente, se encuentra actuando de manera regresiva y destructiva bajo la influencia del ego patológico. Ambas son conductas de "acting out" de la transferencia en las cuales el terapeuta es tratado no como un objeto real sobre quien puede desplazar sus sentimientos, sino como si fuera un objeto parcial.

En el momento en que se alcanza la tarea de confrontar los aspectos destructivos de la transferencia fronteriza, el paciente puede abstenerse de su unidad parcial recompensante y logra controlar sus motivaciones y acciones (Masterson, 1978).

Durante la terapia, aparecerán diferentes manifestaciones transferenciales tales como la transferencia erotizada y la inclusión de una tercera persona, las cuales deben ser trabajadas inmediatamente para evitar arruinar el proceso.

Una actitud empática, consistente, paciente y alejada de hostilidad de parte del terapeuta puede ayudar a resolver este conflicto.

Las reacciones transferenciales negativas y regresivas, pueden deberse a un sentido inconsciente de culpa, a la necesidad de destruir al terapeuta porque se le tiene envidia inconsciente y a la necesidad de destruirlo como un objeto

bueno, por la identificación inconsciente que tiene el paciente con un objeto sadista primitivo que le demanda sumisión y sufrimiento para poder mantener la relación objetal (Kernberg, 1977).

La alianza terapéutica, puede definirse como una relación objetal real y consciente en la que tanto paciente como terapeuta, están de acuerdo implícitamente en que ambos trabajan juntos para ayudar al paciente a madurar, a través de ganar capacidad de "insight", comprensión y control. (Masterson, 1978; Zetzel, 1971).

La alianza se basa en las capacidades del paciente y del terapeuta en mantener una relación real en la que ambos funcionan como figuras separadas, como objetos totales con sus atributos parciales positivos y negativos.

Una exitosa resolución del proceso de separación-individuación, que requiere capacidad para tolerar ansiedad y frustración y aceptar ciertas limitaciones, contribuye a tener una buena alianza terapéutica. (Masterson, 1974).

En los casos en que el proceso se termina favorablemente, se desarrolla una alianza terapéutica entre el ego saludable del terapeuta y el ego del paciente. Esta alianza puede formarse en la medida en que el paciente internaliza al terapeuta como objeto externo positivo. Antes de fortalecer esta alianza, el paciente probará al terapeuta de muchas maneras.

En la terapia, se necesita que el terapeuta esté disponible, con una gran comprensión empática de cómo percibe y siente el paciente lo cual lo capacita para responderle emocionalmente sin utilizarlo para satisfacer sus propias necesidades. Además, necesita tolerar la frustración y tener considerable actividad y estructura.

El terapeuta (Friedman, 1975), debe permitir la expresión de "acting out" y comprometerse a alcanzar una unidad básica con el paciente. Winnicott, afirma que el paciente se siente mejor al descubrir que no importando cuán severas sean las manifestaciones de comportamiento que tenga, no podrá destruir al terapeuta y así, aprende que el terapeuta puede sobrevivir esta furia y continúa siendo una persona protectora que no lo abandona; esto hace que el paciente pueda internalizar gradualmente las cualidades del terapeuta (Adler, 1981). El hecho que el paciente pueda enfurecerse contra el terapeuta tiene efecto curativo.

Es esencial que el terapeuta no se presente como alguien omnipotente, pero que sí clarifique cuándo sienta que el paciente lo está manipulando para que le ponga atención. Un terapeuta pasivo que no se define activamente contra las distorsiones regresivas y las demandas del paciente, contribuye a que éste siga evaluando inadecuadamente la realidad.

El terapeuta, con una actitud positiva y de apoyo, debe ayudar el proceso de individuación del paciente. Al dirigir el apoyo hacia la individuación,

se busca proveer al paciente de un objeto externo apropiado que pueda internalizar. El apoyo es entendido como que el terapeuta debe actuar de manera realista, saludable y madura para reforzar los esfuerzos que hace el paciente para actuar de manera adecuada y real.

El terapeuta le presta al paciente su capacidad de percibir la realidad con el propósito de ayudarlo a que se de cuenta que son sus propios "insights" los que producen la fuerza terapéutica.

El paciente empieza el proceso de su terapia sintiendo que el comportamiento motivado por la alianza terapéutica de su unidad recompensante con su ego patológico, es ego-sintónico. En esta etapa, él no es consciente del costo que implica negar la realidad de su comportamiento destructivo; el terapeuta lo confronta y esto hace que se active su unidad rechazante, lo cual activa la unidad recompensadora, provocando la aparición posterior de resistencia. De esto resulta un proceso circular que incluye secuencialmente: resistencia, clarificación de la realidad, trabajo sobre los sentimientos de abandono, resistencia posterior y futura clarificación de la realidad que permite volver a trabajar (Masterson, 1978).

La confrontación terapéutica de los síntomas (Rinsley, 1977), temporalmente le evocan al paciente los esfuerzos que hace por controlarlos debido a los intentos que hace por identificarse con el terapeuta. El paciente busca irritar al terapeuta y regresa a una etapa oral, infantil, narcisista; el terapeuta

está entonces en posición de confrontar y clarificar estas relaciones objetales escindidas y empieza a eslabonaras con las memorias, sueños y fantasías tempranas que reforzaron o determinaron estas escisiones. En la medida que el proceso de terapia avanza, el paciente se vuelve más consciente de sus tendencias a proyectar sus relaciones objetales escindidas sobre el terapeuta y es capaz de percibir, dentro de sí mismo, la presencia de sus relaciones objetales escindidas. El terapeuta empieza a diferenciarse de la representación parental en parte como un resultado de interpretaciones de las proyecciones de la transferencia del paciente.

La parte del paciente que quiere crecer, comprime la relación objetal saludable copiando la parte del terapeuta que estimula, recompensa y acepta. La progresiva emergencia en el paciente de una consciencia de la escisión entre las relaciones objetales buenas y malas, representa el surgimiento de una relación objetal total.

El tratamiento (Masterson, 1974), es un proceso, una serie continua de cambios que pueden dividirse en: 1) evaluación, resistencia y confrontación, 2) trabajo, introyección y 3) separación y resolución.

El proceso incluye el resolver transferencia sí mismo-objeto y solidificar los sentimientos de cohesividad que incluyen la evolución de la internalización de proyecciones, de aspectos idealizados y grandiosos, en ambiciones maduras (Adler, 1981).

III. CASO CLINICO

A. Historia Clínica y Examen Mental

María, de 16 años, es estudiante de tercero básica de un instituta de la capital y fue referida al departamento de Psicología del establecimiento por una maestra debido a que en las clases, sufría de crisis de angustia, episodios de parálisis frecuentes; y manifestaba deseos de salir corriendo, de pegarle a alguien y de hacerse daño a sí misma.

En el momento de la primera entrevista, María tenía apariencia física saludable, y expresión facial dura y rígida. Su arreglo personal era sencillo y agradable. Al principio, casi no hablaba; no gesticulaba y su mirada estaba dirigida al espacio. Su charla era lenta y costaba que su mensaje fuera coherente. Tenía resistencia a contestar a las preguntas que se le hacían pero a pesar de eso, expresó que su maestra la ponía muy nerviosa; tanto, que le daba miedo verle los ojos porque creía que le iba a hacer algo.

Los datos de la historia, fueron obtenidos en entrevistas con María y con su madre, doña D., quien se mostró muy angustiada y preocupada por lo que le sucedía a su hija, a quien percibe como una persona enferma, tal vez con el "diablo metido".

Las crisis de angustia, de parálisis y de desesperación, se presentaban ante

una situación de tensión. La primera vez que se manifestaron, fue durante un fuerte temblor el día que le entregaron las calificaciones de sexto grado primaria. Ante esto, María se puso a llorar tan exageradamente que la directora le tuvo que pegar para que se calmara. A pesar de eso, y de que sus compañeras se burlaban de ella, se animó a subir al estrado a recibir sus notas.

A partir de ese día, sus hábitos de sueño cambiaron ya que empezó a dormir muy intranquila. Se despertaba porque sentía que iban a hacerle algo mientras dormía. Además, se volvió retraída y no le gustaba participar en actividades de grupo.

María, es la segunda hija de los 4 que tienen don J., y doña D., ambos provienen de familias numerosas y de escasos recursos económicos.

Al casarse, se quedaron viviendo en casa de don J., quien viajaba periódicamente a Estados Unidos por motivos de trabajo.

María, nació con comadrona, fue un parto difícil y doloroso para doña D., a quien la comadrona dijo que desde chiquita, María era una niña biliosa. Fue una bebé muy inquieta y llorona. No tuvo enfermedades serias, únicamente gripes y diarreas. Su desarrollo del lenguaje y motor fue normal. No controló esfínteres.

Cuando tenía 2 años, nació su hermana E., lo que la hizo sentirse desplazada y con muchos celos.

Empezó a asistir a una escuela de párvulos a la edad de 5 años, junto con su hermana. Cuando tenía 7 años, cambió de escuela e inició la primaria. Tuvo pocas amigas y no recuerda haber tenido alguna maestra a quien le haya tenido cariño especial. No tuvo problemas de estudio.

A los 8 años, nació su hermano O; ante esto, sintió que su mamá ya no se preocupaba por ella y se refugió en su abuelita paterna quien le proporcionaba afecto y la consentía.

Durante su infancia fue "mala" y traviesa con sus hermanos; les pegaba y los molestaba. No se llevaba bien ni con sus tíos, ni con sus primos. Una vez, uno de ellos la sorprendió por la espalda y la mordió fuertemente en la cabeza. Un su tío, le machucó una muñequita a la que quería mucho; en esta oportunidad, se sintió muy triste pero no pudo expresar lo que sentía.

A los 11 años menstruó y desde esa fecha ha tenido trastornos menstruales; a esa edad, dejó de ser enurética.

Al inicio de su pubertad, empezó a sufrir fuertes dolores de cabeza y zumbido de oídos. Padeció de convulsiones por lo que le hicieron un electroencefalograma cuyo resultado fue una leve disritmia cerebral.

A los 13 años, al terminar la primaria, la cambiaron a un Instituto, lo que le dio mucha cólera, pero no pudo evitarlo porque su tío le gestionó una bolsa de estudios. En ese Instituto, estuvo 2 años, que fueron un suplicio para ella

porque no se llevaba bien con sus compañeros.

Solo tuvo una amiga, con quien terminó la relación por una calumnia. Este incidente, la defraudó mucho y, a raíz de eso, cree que no existe la amistad sincera. Al finalizar segundo básico, logró que la cambiaran a la escuela donde sigue estudiando. Al principio, se sintió liberada y acogida pero más o menos a los dos meses, empezó a sentir que todos eran unos hipócritas. En tercero básico empezó a tener problemas de estudios, se le dificultaba concentrarse y perdió el interés en las clases.

En esta época, así como tenía problemas con los estudios, y con sus compañeras y maestros; los tenía en su casa. Sentía que no podía llevarse bien con casi nadie de sus familiares ya que peleaba con sus hermanos y sentía que odiaba a su mamá. Entre sus razones para hacerlo mencionaba que Doña D., les pegaba frecuentemente; era muy enojada, le gustaba que se hiciera solo lo que ella quería y los comparaba constantemente con la imagen de los hijos que ella desearía que fueran.

El examen mental, ayudó a obtener datos como que su estado de ánimo sufre altibajos constantes. Le cuesta expresar lo que siente, a menos que sepa que la persona no le va a fallar. En algunos momentos, se siente muy introvertida y en otros muy extrovertida. A veces, siente que solo es capaz de sentir odio y no amor. Es muy irritable y hostil, especialmente con quienes ya no les tiene confianza.

El contenido de sus pláticas es variado y no tiene un tema especial. Le preocupan los temas propios de la adolescencia, tales como el noviazgo y la relación con sus padres y amigos. Ha tenido alucinaciones auditivas; oye voces que le dicen que es culpable y mala; ha tenido sueños en los que la persiguen y tratan de hacerle daño. Distorsiona los mensajes que a veces le dicen otras personas y los transforma en mensajes que la degradan y la humillan. Tiende a negar partes de su vida y se resiste a hablar de hechos que dice fueron importantes. En ocasiones, siente como si tuviera varias personalidades que no puede integrar.

Siente que la vigilan y que alguien le va a hacer algo y se muestra a la defensiva. Cree que las personas la tratan como a un trapo sucio. Se siente inadecuada, rara y que no la comprenden.

Tiene sentimientos de culpa por lo mala que fue durante su infancia. Se deprime y se decae fácilmente. Desea que todo sea como ella quiere y se rebela cuando no es así. Le causa serio disgusto el que no pueda controlarse, quisiera que todos desaparecieran.

A veces, percibe su mundo como extraño y distante y tiene ideas suicidas.

María es capaz de mantener la atención durante las entrevistas, pero se la observa divagar y evitar el contacto con la entrevistante. No expresa su memoria remota, y le cuesta evocar acontecimientos pasados. A menudo, se

siente confusa y con un gran contenido de ideas. Tiene poca capacidad de introspección, ya que no puede ver su propio problema y tiene dificultad en establecer relaciones entre causa y efecto. No tiene planes para el futuro y aparenta una gran indiferencia ante lo que le sucede.

En cuanto a las consideraciones diagnósticas, puede decirse que María, tiene dificultades en establecer relaciones interpersonales; tiene sentimientos de abandono y de inadecuación. Su capacidad de introspección es poca. Es impulsiva. Tiene problemas de separación y de inestabilidad afectiva. Manifiesta pobre control de impulsos, presencia de ira intensa, inestabilidad afectiva, sentimientos de vacuidad y temores paranoides.

Con la ayuda de la historia clínica, del examen mental y del contenido de lo trabajado en 5 meses de psicoterapia, María se diagnosticó como paciente fronteriza. Sin embargo, no se descarta la existencia de rasgos de personalidad epileptoide.

B. Plan de Tratamiento

A raíz de las entrevistas, a María se le recomendó iniciar psicoterapia. Ella estuvo de acuerdo y el plan trazado consistió en terapia individual de apoyo 2 veces por semana. Al cabo de 3 meses de psicoterapia individual, inició psicoterapia familiar con otros terapeutas. La terapia individual, se redujo entonces a sesión por semana, pero al mes de psicoterapia familiar, se reiniciaron las sesiones individuales dos veces por semana.

Los objetivos terapéuticos iniciales fueron: detectar el problema, establecer un contacto en el que se comprometía a asistir y a pagar una cuota; estructurarle el tiempo y las actividades y darle instrucciones para los momentos en que se sintiera muy angustiada.

A medida que el proceso terapéutico avanzó, se modificaron los objetivos, y los propósitos fueron: establecer y afianzar la alianza terapéutica; permitirle a la paciente que utilice a la terapeuta como objeto de identificación; ayudarla a integrar sus objetos parciales en un objeto total para que pueda establecer una relación objetiva centrada en la realidad; trabajar sus separaciones y temores de abandono; permitirle que exprese sus emociones y sentimientos; resolver el proceso del duelo de la abuela; ofrecerle la disponibilidad de la terapeuta, darle una secuencia para que pueda establecer una relación causal y darle comprensión y aceptación en sus cambios bruscos de estado de ánimo.

C. Resumen de lo trabajado en 5 meses de Psicoterapia

Al iniciar la psicoterapia, María manifestaba cierta resistencia a hablar, dijo que primero quería tener más confianza con la terapeuta.

Durante los 5 meses de psicoterapia, que ha durado el proceso, María ha tenido tres intentos de suicidio; el primero fue después de una clase en la que la maestra le dijo delante de sus compañeras que era muy haragana e inútil. Se sintió tan incapaz que prefirió "matarse" ingiriendo varias pastillas del botiquín de su clase; la llevaron al hospital y le hicieron un lavado gástrico.

A raíz de esto, su mamá la llevó a un templo evangélico porque le dijeron que "tenía al diablo". Ahí, le advirtieron que si quería curarse, necesitaba llegar todos los días y cambiar sus costumbres. María se rebeló contra la idea y no quiso seguir asistiendo. Su mamá, también la llevó con su tío brujo quien le estuvo dando unguentos.

El segundo intento suicida fue después de una pelea con su novio; y el tercero, fue después de una clase en la que estuvieron hablando del pecado. Ella sentía que le estaban diciendo pecadora y que la estaban acusando. Se sintió aludida, salió corriendo de su clase a pegarse contra la pared y deseó tirarse del segundo piso de su escuela.

Durante los tres primeros meses, aproximadamente, su pensamiento a veces era muy primitivo. Adoptaba conductas rebeldes y negativas, como si quisiera desafiar a la terapeuta y demostrarle a ella y a sí misma que no servía para nada y que no valía la pena seguir viviendo. Tenía temores paranoides en los que sentía que la perseguían y que alguien que estaba atrás de ella le iba a hacer algo.

Su sueño era muy tenso, amanecía con dolor del maxilar y de cabeza. Soñaba frecuentemente, a veces sin recordar el contenido de sus sueños. Los que más la impactaron fueron unos en que ella estaba nadando y se ahogaba; otro en que una joven embarazada iba en un camino en el que se le aparecían unos corderos y unas culebras que la enrollaban, la joven luchaba por escapar

pero lo único que podía hacer era cogerse el estómago. Otras veces ha soñado que va pasando por un camino y que se le aparecen muchos hombres que la acorralaban y empezaban a tocarla; ha soñado también que intentan hacerle daño a su mamá.

Escuchaba voces que le hablaban y le decían que era inútil, culpable, mala, y que se hiciera daño. Tenía etapas en que se sentía muy mala y otras en las que se sentía muy buena por la que le costaba valorarse a sí misma. Otras de las características que manifestaba eran: poca autoestima, inestabilidad en sus relaciones sociales dentro de su escuela, poca tolerancia a la frustración, sentimiento de tener varias personalidades, hostilidad, distorsión de lo que otras personas le decían, miedo al ridículo, dependencia de la opinión de los demás, ansiedad, deseos fuertes de llorar pero incapacidad de hacerlo por temor a que se burles de ella; ambivalencia, miedo a estar "loca" y etapas depresivas, especialmente a raíz de la muerte de su abuela. Este fue un hecho que le afectó mucho ya que su abuela era un gran soporte emocional para ella. En los días siguientes al entierro no quiso hablar de eso porque se ponía muy triste; después manifestó que se sentía muy culpable de no haber podido salvarla. No creía que estuviera muerta, a veces la veía y la escuchaba. María decía que a ella era a quien más le había afectado esa muerte.

Las terapistas que estaban viendo a la familia comunicaron que, al principio, hubo mucha resistencia a asistir. Fue obvio que para todos los demás María

era el miembro "enfermo". Sin embargo, el hermano mayor, estaba tan desadaptado como ella ya que casi no se comunica con los demás. María y su papá, establecen alianzas contra doña A. Los dos miembros sanos parecen ser, E., y O.

Después de un tiempo con terapia individual una vez por semana, María sugirió la idea de volver a asistir dos veces por semana a terapia individual, se discutió con la terapeuta y así se continuó los dos meses siguientes.

María, durante el proceso, ha expresado por momentos bastante capacidad de introspección, intentos de probar a la terapeuta, y ha copiado conductas y gestos de ella.

En el cuarto y quinto mes, se observaron algunos progresos ya que no hubo ningún otro intento de suicidio, expresaba más abiertamente sus temores, su introspección era mayor, su apariencia era más tranquila, tenía más tolerancia a la frustración y soportaba postergar la satisfacción de sus necesidades. Así mismo, establecía relaciones de causa y efecto entre el hecho que le provocaba descontrol de sus reacciones y se daba cuenta de sus distorsiones. Por momentos, expresaba que su vida tenía más sentido y que sí deseaba vivir, cosa que no hacía antes.

D. Transcripciones de algunas reacciones de María acerca de sus sentimientos

Durante la terapia, María enseñó a la terapeuta, en algunas ocasiones, material que había escrito.

A continuación, se transcriben algunos párrafos que ilustran la evolución del proceso terapéutico.

Tercer mes de terapia: "Yo no sé lo que me pasa pero cuando habla la señorita, me recuerdo que en realidad soy una persona pura lata; quiero desahogarme pero solo lo puedo hacer en tñ papel. Siento algo dentro de mí como si fuera un vacío o un espacio desocupado pero por qué me siento así? Tengo ganas de llorar, de salir corriendo, de no estar aquí. Me siento sola y la causa es inexplicable. Me siento deprimida, acabada, tengo una vida sin sentido, sin meta, sin esperanza, qué puedo hacer en este mundo? Aunque yo sepa que puedo valer para algo no lo siento. Será que yo me estoy atrapando en una red sin salida y no quiero quedarme ahí porque si me atrapa, ya no voy a poder salir. Quiero sentirme bien, descansada, inculpable. Quiero hablar, expresarme, romperlo todo pero no puedo."

15 días después, "Todos son unos hipócritas, mentirosos, pero no sé lo que soy yo y no tengo derecho a juzgarlas sin antes saber cómo soy yo. Soy egoísta, nunca he sentido amor ni cariño, ni lo he recibido. Hay María, estoy empezándote a conocer pero me falta mucho y mucho más. He descubierto en mí misma que tengo que echar fuera de mí eso que no me deja vivir, quisiera quererme a mí misma. Yo voy a poder ayudarme a mí misma."

A la semana: "Todo vuelve a ser como antes, como al principio, nadie me comprende, nadie. Tengo miedo que se burlen de mí, de que me digan que

de verdad estoy loca. Me fui a llorar, a expresar mi cólera hacia mí, ¿Qué soy? Un pedazo de carne que no siento, no hablo."

Quinto mes de terapia: "El día de ayer fue si le puedo decir locura, desesperación, descontrol o querer ya no estar sufriendo. A veces me siento triste y a veces alegre. Ya no quiero sufrir más, no es que reniegue de la vida que tengo sino de la vida que me dieron. Me han dejado sola cuando más lo necesito. Pero por qué yo? Como si yo fuera la única enferma. Ayer tuve un ataque de nervios y estuve a punto de perder la vida pero la señora me salvó, casi siempre que la necesito, está conmigo, bueno, ya basta de sentimentalismos, ella me salvó pero ella lo ocasionó, mentira, yo misma lo ocasioné, ella me quería hacer entender que yo no era culpable pero yo oía que decía "tú eres culpable de la muerte de tu abuelita"; y eso me descontroló, me imaginé ver a mi abuelita y sus manos que me iban a agarrar para llevarme y matarme. Ella me decía que yo no era culpable y hubo un momento en que sentí que me iban persiguiendo y acusando de algo que no cometí. Salí huyendo, ella salió detrás de mí y yo pensé que era mi abuelita y otras personas que me querían hacer daño; de pronto me paré. Sentí que me iban a matar y me tiré a un carro. La señora me cogió y regresé a la clínica. Me tiré al suelo, conformándome que al fin me habían agarrado. Pero todo ya pasó y siento como si me hubiera quitado un costal de encima que me liberó. Al fin lo expresé y ahora me da tristeza que mi abuelita no esté pero ya no me siento culpable. Quiero vivir, sé que puedo hacerlo, y sentirme feliz."

IV. DISCUSION

La revisión de literatura psicoanalítica que se presenta, es una ayuda que permite aclarar algunas consideraciones sobre el paciente fronterizo. Es necesario e indispensable, tener una conceptualización de la patología específica de estos pacientes para poder elaborar un diagnóstico acertado e iniciar, posteriormente, un proceso psicoterapéutico que proporcione beneficios al paciente.

En la literatura revisada, se refleja, una dificultad e insatisfacción con ciertos pacientes que presentan características que dificultan el diagnóstico y/o el tratamiento, por la gama de sentimientos que presentan tales como, la regresión, la tendencia a la expresión de conflictos (acting-outs) y a la dependencia casi infantil.

En ningún momento puede hablarse de pacientes fronterizos en término de un concepto rígido y estático. Hay que tomar en cuenta la variedad de los síntomas, la calidad de las relaciones interpersonales, las funciones del ego, la adaptación social, los patrones de acción, el afecto y las crisis psicóticas y neuróticas.

Además, no en todos los pacientes, las características fronterizas se manifiestan de la misma manera. Estas manifestaciones dependen en gran parte de las diferencias individuales, del proceso de separación-individuación que haya

vivió el niño en sus primeros 3 años de vida y de sus relaciones maternas tempranas.

Después de tener una clara conceptualización de la psicodinámica, puede elaborarse un diagnóstico en base a tests psicológicos, entrevistas, historia del caso, examen mental y la evaluación de la relación paciente-terapeuta.

Todo esto permite un diagnóstico multideterminado que no implica colocar a los pacientes dentro de un continuo: normal, neurótico, fronterizo y psicótico sino más bien, distinguirlos de las otras categorizaciones.

Teniendo ya un diagnóstico del paciente, puede pensarse en iniciar la terapia recordando que ésta (Rogers, 1972), constituye una experiencia dinámica, única y distinta para cada individuo. Esto implica que el paciente cambie y reorganice su concepto de sí mismo, deje de percibirse como un individuo inaceptable e indigno de respeto, para que se aproxime a concebirse a sí mismo como una persona valiosa y capaz de desarrollar actitudes positivas hacia sí mismo.

No se ha llegado a unificar criterios respecto a qué enfoque psicoterapéutico sea el más adecuado con estos pacientes (individual, de apoyo, familiar, farmacoterapia o de "insight"), ni puede decirse que un enfoque de terapia sea más efectivo que otro; lo importante es que el terapeuta, tenga un claro conocimiento del enfoque que va a utilizar y de las metas que pretende alcanzar.

Es indispensable que los objetivos terapéuticos se planteen al inicio de la terapia, sin que esto quiera decir que no puedan modificarse durante el proceso, de acuerdo a la realidad del paciente y a sus necesidades.

Los objetivos, deben plantearse de acuerdo al paciente y al terapeuta; a las áreas que van a trabajarse; al enfoque terapéutico y al tiempo del que se disponga para alcanzarlos.

Entre los objetivos, no puede perderse de vista, en ningún momento, la importancia de establecer y fortalecer la alianza terapéutica, la cual permite al paciente relacionarse con el terapeuta de manera real y lo ayuda a internalizar un objeto total adecuado.

El terapeuta que guía la terapia debe ser capaz de tener una gran disponibilidad ya que estos pacientes demandan estructura y atención. Es conveniente contar con una adecuada supervisión que ayude, entre otros aspectos, a trabajar las contratransferencias que se presenten, especialmente en el caso de terapeutas principiantes.

En el caso de pacientes adolescentes, como el caso de María, no debe olvidarse que están viviendo una etapa de búsqueda de identidad y que, al mismo tiempo, se encuentran en una segunda etapa del proceso de separación-individuación, debido al estímulo maduracional del ego (Masterson, 1976). Este autor, encontró que la teoría y la técnica psicoterapéutica era igual con adolescentes

y adultos. Sin embargo, en el caso de los adolescentes, se considera que es necesario recalcar la importancia de involucrar a los padres y a las personas que están cerca de ellos afectivamente, tales como maestros, compañeros y hermanos. Si no puede hacerse en las sesiones de terapia, si por lo menos, dándoles instrucciones y orientación.

El caso de María, aunque no es un caso en que se han alcanzado todos los objetivos trazados al iniciar el plan terapéutico, ayuda a ilustrar varias de las características del paciente fronterizo ya que se observan claramente algunas de las manifestaciones que se describen en las definiciones de estos pacientes. Por ejemplo, la baja autoestima, las actitudes autodestructivas, los patrones inestables de relaciones; la presencia de ira intensa e inapropiada, o la falta de control sobre ella; problemas de identidad, cambios marcados de estado de ánimo, crisis depresivas, intentos suicidas, temores paranoides, sentimientos de vacuidad; y alucinaciones auditivas.

A pesar de esto, no puede descartarse aún la posibilidad de una personalidad epileptoide, por lo que es conveniente realizar otro EEG que descarte cualquier alteración neurológica; ni puede evitarse tomar en cuenta que algunas de sus manifestaciones conductuales, de pensamiento y afectivas están influenciadas por sus mismas características de adolescente.

Se observa cómo, a través de la terapia, María ha ido cambiando su autoimagen, a la vez que ha disminuido la intensidad de sus crisis de angustia y ha

desarrollado una capacidad de introspección que le permite darse cuenta de la relación de causa y efecto entre los estímulos y sus reacciones anímicas y conductuales.

El presente trabajo refuerza la idea de que aún falta llegar a un completo acuerdo sobre la conceptualización del paciente fronterizo, ya que existe discrepancia entre las diferentes aportaciones, aún siendo todas de enfoque psicoanalítico. Si estas discrepancias existen, aún más marcadas son las diferencias en cuanto al plan psicoterapéutico.

El caso de María concuerda con que un enfoque terapéutico dirigido inicialmente a trabajar con terapia de apoyo, en el que se refuercen los mecanismos y funciones del ego, permite posteriormente trabajar con terapia de "insight" dirigida. No quiere esto decir que pueda generalizarse a todos los casos de pacientes fronterizos.

Sería útil, posteriormente, complementar y contrastar este ensayo con los aportes que sobre el tratamiento y conceptualización de pacientes fronterizos han hecho otras escuelas psicológicas, tales como la conductista y la gestaltista.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adler, G. "The Borderline Narcissistic Personality Disorder Continuum".
1981 American Journal of Psychiatry. 132 (1): 46-50
- Blos, P. Psicoanálisis de la Adolescencia. México, Ed. Joaquín
1971 Mortiz. 367 pp.
- Chessick, R. "The Borderline Patient". American Handbook of
1974 Psychiatry. New York, Basic Books. 3
- _____, "Intensive Psychotherapy of a Borderline Patient". Arch.
1982 of Gen. Psychiatry. 39 (4): 413-422
- DSM-III. The American Psychiatric Association. pp. 265
1980
- Erikson, E. Infancia y Sociedad. Buenos Aires, Ed. Hörmé.
1966
- Friedman, H. "Psychotherapy of Borderline Patient: The influence
1975 of theory on technique". American Journal of Psychiatry.
132 (10):1048-1051
- Green, A. "The Borderline Concept". Borderline Personality Disorders.
1977 New York, International Universities Press. pp. 15-44
- Grinker, R. "The Borderline Syndrome: A Phenomenological Review".
1977 Borderline Personality Disorders. New York, International
Universities Press. pp. 159-172
- Gunderson, J. "Characteristics of Borderlines". Borderline Personality
1977 Disorders. New York, International Universities Press.
pp. 173-192
- _____, "The Families of Borderlines". Arch. of Gen. Psychiatry.
1980 37 (1):27-36
- Gunderson, J., Singer, M. "Defining Borderline Patient: An Overview".
1975 American Journal of Psychiatry. 132 (1):1-10

- Kernberg, O. "The Structural Diagnosis of Borderline Personality".
1977 Borderline Personality Disorders. New York, International
Universities Press. 275-306.
- Klein, D. "Psychopharmacological Treatment and Delineation of
1977 Borderline Disorders". Borderline Personality Disorders.
New York, International Universities Press. 365-384
- Kolb, J., Gunderson, J. "Diagnosing Borderline Patients with a
1980 Semistructured Interview". Arch. Gen. Psychiatry.
37 (1):37-41
- Mandelbaum, A. "The Families Treatment of the Borderline Patient".
1977 Borderline Personality Disorders. New York, International
Universities Press. pp. 423-438
- Masterson, J. "Intensive Psychotherapy of the Adolescent with
1974 Borderline Syndrome". American Handbook of Psychiatry.
New York, Basic Books. 2:250-263
- _____, Psychotherapy of the Borderline Adult. New York,
1977 Brunner Mazel. 377 pp.
- _____, "The Borderline Adult: Therapeutic Alliance and
1978 Transference". American Journal of Psychiatry. 135 (4):
437-442
- Miller, D. Adolescence. New York, Jason Aronson. 544 pp.
1974
- Rinsley, R. "An Object Relations View of Borderline Personality".
1977 Borderline Personality Disorders. New York, International
Universities Press. pp. 47-70
- Rogers, C. El Proceso de convertirse en persona. Buenos Aires,
Ed. Paidós. 357 pp.
- Sarwer-Foner, G. "An Approach to the Global Treatment of the
Borderline Patient". Borderline Personality Disorders.
New York, International Universities Press. pp.345-364

Singer, M. "The Borderline Diagnosis and Psychological Tests".
1977 Borderline Personality Disorders. New York, International
Universities Press. pp. 193-212

Zetzel, E. "A Developmental Approach to the Borderline Patient".
1971 American Journal of Psychiatry. 127 (7):867-871

