

01962 9  
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**EL SINDROME BORDERLINE EN LA INFANCIA:  
UN ESTUDIO COMPARATIVO**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA**  
**P R E S E N T A :**  
**ADINA SCHULLER SLOMIANSKI**

**DIRECTOR DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO  
DRA. TERESA GUERRA T.  
DRA. NELLY HEREDIA C.**

**SINODALES: DRA. ROSA KORBMAN  
MTRO. ALBERTO OCHOA**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# INDICE

• INTRODUCCION	1
• PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO	
• EL CONCEPTO FRONTERIZO O BORDERLINE	2
• I.REFERENCIAS HISTORICAS	4
• II. REFERENCIAS TEORICAS	6
• SEGUNDA PARTE: EL SINDROME	
• A.- SINTOMAS MANIFIESTOS	21
• B.- SINTOMAS ASOCIADOS	25
• C.- ETIOLOGIA	26
• TERCERA PARTE: METODOLOGIA	
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	31
• SUJETOS	33
• MATERIAL	33
• PROCEDIMIENTO	35
• CUARTA PARTE: RESULTADOS	
• TABLAS Y FIGURAS.	37
• RESULTADOS DE LA PRUEBA DEL WISC-R.	44
• RESULTADOS DE LA PRUEBA DE RORSCHACH.	46
• CUADRO SINOPTICO DE LA ENTREVISTA A MADRES.	48
• RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A MADRES	55
• LISTADO DE SINTOMAS ASOCIADOS.	59
• RESULTADOS OBTENIDOS EN EL LISTADO DE SINTOMAS ASOCIADOS.	60
• ANALISIS DE RESULTADOS DEL WISC-R.	61
• ANALISIS DE CONTENIDO DE LA PRUEBA DE RORSCHACH.	63
• ANALISIS DE CONTENIDO DE LA ENTREVISTA MADRES	69
• CORRELACION DE LA PRUEBA DE RORSCHACH Y EL CRITERIO DIAGNOSTICO DE BEMPORAD.	70
• QUINTA PARTE : VIÑETA CLINICA	71

● <b>SEXTA PARTE: CONCLUSIONES Y DISCUSION.</b>	
• CONCLUSIONES	78
• DISCUSION	80
• LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	84
● <b>BIBLIOGRAFIA</b>	85
● <b>ANEXOS</b>	
• Anexo 1: Entrevista para Madres	90
• Anexo 2: Criterio Diagnóstico para Niños Borderline establecido por Bemporad et.al. 1982	94
• Anexo 3: Listado de Sintomas Asociados	95

## INTRODUCCION

El objetivo del presente estudio fue el de investigar algunas características de los niños diagnosticados con Trastorno Fronterizo de Personalidad o Síndrome Borderline. El enfoque fue dirigido especialmente al funcionamiento intelectual y a la organización de la personalidad.

La bibliografía al respecto ha intentado definir el término por medio de tres modelos diferentes, a saber:

- 1.-Algunos (Bemporad, Smith, Hanson y Cicchetti, 1982, Petti y Law, 1982) lo describen conceptualmente, en términos del comportamiento, haciendo un listado de la conducta sintomática.
- 2.-Algunos otros (Rosenfeld y Sprince, 1963, Pine, 1974, Chethik, 1979) lo definen por medio de generalizaciones psicodinámicas, las cuales enfatizan la temprana relación materno-infantil y la carencia de un vínculo apropiado que sirva de base para consolidar una personalidad sana.
- 3.-En el tercer grupo, autores como Leichtman y Shapiro, 1983 y Pfefferbaum et al., 1986, intentan definir a estos niños por medio de rasgos hallados en pruebas psicológicas, describiendo en términos psicoanalíticos los resultados; por ejemplo si existió regresión, o si su pensamiento fue fantasioso, etc.

Conciente de lo que estas "clasificaciones" limitan, se planteó el presente estudio desde una perspectiva psicodinámica, y sin perder las características individuales, se intentó estudiar aspectos más generales de estos niños. Aunado a esto, se concibió el estudio con niños mexicanos, ya que hasta la fecha no hay estudios similares llevados a cabo en este país con la población descrita.

El grupo consistió en seis niños mexicanos de entre seis y 13 años, que fueron diagnosticados con Trastorno Fronterizo de la Personalidad o Síndrome Borderline (según el criterio de Bemporad et al. 1982). Se eligió un grupo control por correspondencia uno-a-uno y se realizó el estudio comparativo.

El material consistió en la prueba psicométrica del WISC-R así como la utilización de la prueba proyectiva de Rorschach.

Se trabajó también con las madres con el fin de investigar datos tempranos del desarrollo de los niños y de obtener una historia clínica.

Los resultados se manejaron tanto cuantitativa como cualitativamente.

El alcance del presente estudio es limitado por el reducido tamaño de la muestra, sin embargo, abre interrogantes en el campo clínico y es un acercamiento a esta cuestión que tanta controversia ha causado, y que tan poco se sabe en nuestro medio.

## **PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO**

## EL CONCEPTO FRONTERIZO O BORDERLINE.

El límite, el borde, la frontera, es por definición una abstracción un tanto arbitraria. Esto se enfatiza aún más cuando se trata del campo de los procesos mentales; se plantea como una cuestión difícil de conceptualizar.

Tanto en el campo de la Psiquiatría como en el campo del Psicoanálisis, se ha intentado definir el concepto "fronterizo" para delimitar así el cuadro nosográfico. No es de sorprender que investigadores de diferentes disciplinas hayan descrito el mismo cuadro, con características particulares similares y que sin embargo, la nomenclatura usada haya sido diferente. Con ésto se pone de manifiesto que independientemente de la disciplina desde la cual se aborde, el cuadro clínico descrito comparte elementos fundamentales para el establecimiento del diagnóstico. Esta confusión da lugar a la "búsqueda" de la delimitación del cuadro.

El amplio uso del concepto borderline ha servido a lo largo de la historia de la Psicología y de la Psiquiatría para diagnosticar a aquellos niños que no reunían todas las características necesarias para encajar en algún otro cuadro clínico.

En la literatura existente al respecto del síndrome borderline tanto en niños como en adultos, no hay escritos anteriores que los describieran bajo esta "etiqueta diagnóstica". Algunos de estos niños eran considerados como psicóticos infantiles con variantes más sanas. Se ha hecho referencia a esta patología utilizando denominaciones diferentes: Estados Fronterizos (Knight, 1953), Estructuras Preesquizofrénicas de la Personalidad (Rappaport y Gill, 1946), Caracteres Psicóticos (Frusch, 1964), Personalidad Fronteriza (Rangell, Kernberg y Robins 1956), Disarmonía evolutiva, Disarmonía cognoscitiva, Parapsicosis, Organización Prepsicótica (Diatkine, 1970), Síndrome Borderline Infantil (Bemporad, 1982).

Históricamente, el concepto de Estado Límite se ha derivado progresivamente de la psicosis y de la neurosis por dos vías diferentes, que sin embargo, son convergentes: la Psiquiatría y el Psicoanálisis.

La escuela Psiquiátrica trata, por un lado, de encontrar el momento anterior a la enfermedad para ser depositario de la estructura de personalidad patológica actual, y por otra parte, investiga si en una población normal hay signos menores que pudieran ser amenazantes para una manifestación mórbida posterior.

El desarrollo de la Paidopsiquiatría aportó una dimensión suplementaria al introducir la interrogante de los estados límite dentro de un proceso evolutivo.

La otra vía que ha estudiado estos conceptos está representada por la corriente Psicoanalítica, en particular de la Escuela Americana entre los años de 1940-1945. Esta corriente planteaba las preguntas formuladas por los analistas ante un fenómeno particular: éstos se encontraron ante una serie de pacientes en los cuales la indicación de análisis parecía la correcta porque su sintomatología era de apariencia neurótica, pero que en el tratamiento exhibían conductas y características de una psicosis (una psicosis que se iniciaba). Dicha sintomatología se caracterizaba por

alteraciones profundas en la relación terapéutica, manifestada principalmente en la transferencia.

Entre estos autores resaltaron los trabajos de H.Deutsch, de Edith Jacobson, de Rosenfeld y Sprince, Melanie Klein con el concepto de escisión y Winnicott con la noción de "Falso Self".

Entre los Psicoanalistas franceses que contribuyeron a la definición conceptual, se puede citar a Bouvet, Diatkine y Widlocher.

Más recientemente los trabajos de Otto Kernberg y Heinz Kohut por sus estudios en los que se intenta diferenciar un Estado Límite y una patología Narcisista.

La conceptualización de los Estados Límite es una cuestión difícil, que ha causado mucha controversia a lo largo de la historia y aún en la actualidad es muy frecuente que sea objeto de discusión. En el presente estudio, se manejan indistintamente los términos Estado Límite, Síndrome Borderline, Estado Limítrofe y Organización Fronteriza.

La siguiente revisión histórica, lejos de ser exhaustiva, pretende situar los trabajos de estos autores en una perspectiva temporal, con el fin de comprender la procedencia, que bien puede ser desde la investigación nosográfica del síndrome, o bien, desde el punto de vista genético-evolutivo.

## I. REFERENCIAS HISTORICAS.

En 1945 y 1946, Geleerd describió un grupo de niños que en momentos parecían psicóticos, pero que generalmente se comportaban como si se encontraran sufriendo de un padecimiento menos grave. Estos niños exhibían comportamientos desiguales dependiendo de la situación: eran complacientes e inteligentes cuando se encontraban solos con un adulto; y exageradamente agresivos, incontrolables y rechazantes cuando se encontraban en un grupo. Reaccionaban a la frustración con una forma severa de hacer berrinches durante los cuales exhibían pánico, reacciones de tipo paranoide, y una breve pérdida de contacto con la realidad.

Mostraban retraso en todas las etapas del desarrollo psicosocial. Geleerd hipotetizó que la etiología de este desorden se podría encontrar en la temprana relación entre la madre y el hijo, por consiguiente un disparejo desarrollo de las funciones yoicas y de las relaciones interpersonales.

En 1948, mientras se intentaba hacer una diferenciación entre los estados de las psicosis en niños, Mahler y cols. describieron un caso "más benigno" de psicosis con mecanismos de defensa que pudieran parecer de tipo neurótico.

En 1953, Weil describió casos similares a los descritos por Geleerd, con respecto a las fantasías de omnipotencia, pensamiento mágico, dificultad para la prueba de realidad, ansiedad severa y difusa, así como relaciones interpersonales difíciles. Más aún, ella detalló las fallas en el desarrollo del Yo y especuló que existía un factor hereditario en este cuadro nosográfico.

Weil fue la primera en comparar a estos niños con los adultos que eran diagnosticados con estados borderline.

Un año después, en 1954, Ekstein y Wallerstein diagnosticaron a estos niños como "borderline".

Su descripción era reminiscencia de los pacientes adultos borderline y narcisistas. Señalaron las rápidas fluctuaciones del estado Yoico y las relaciones interpersonales, que ubicaba a estos niños como altamente impredecibles; también notaron que éstos eran particularmente vulnerables a la agresión, especialmente ante la incapacidad del terapeuta para empatizar con ellos. Ekstein y Wallerstein ubicaron a estos niños en un continuo que va de la neurosis a la psicosis, con respecto al grado de control conciente que expresaban sobre las fluctuaciones en las funciones yoicas.

Estas son las descripciones iniciales, a partir de las cuales numerosos autores hicieron adiciones, afinando el concepto.

En 1956, Anna Freud, presentó un trabajo llamado "La Evaluación de los Casos Borderline" en el cual ella pretendía enfatizar los siguientes rubros específicos.

- 1. Profundos niveles de regresión y ataques masivos de desarrollo.
- 2. Rechazo de libido del objeto externo y desplazamiento en el cuerpo o en el Self.
- 3. Una incapacidad para recibir bienestar de otros.
- 4. Numerosos defectos de las funciones Yoicas, incluyendo una pobre prueba de realidad, inadecuadas funciones sintéticas, un pobre desarrollo de las defensas acorde a la edad.

En 1963 Engel incluyó las características de estos niños en situaciones de prueba; así describía la intrusión del proceso primario y de la fantasía en las pruebas proyectivas. Este autor enfatizó que estos niños envuelven al examinador en una relación mucho más intensa que los niños neuróticos o que los esquizofrénicos. Sin embargo, ella notó que en contraste con los niños psicóticos, los niños borderline son capaces de manifestar su ansiedad misma con historias y fantasías realistas.

Rosenfeld y Sprince (1963) al evaluar a estos niños observaron rasgos de intensa ansiedad concerniente a la desintegración y aniquilación.

En 1970, Frijlin-Schreuder señaló la tendencia de los niños a tener "episodios micropsicóticos", con tratos perversos, y una extremada forma de soledad que lleva en algunos casos a una forma de conformidad social. El comentario al respecto de estos niños fue el siguiente: "se sienten como lactantes mayores cuyas madres se encuentran permanentemente fuera de la habitación".

Este autor consideró que la ansiedad de los niños borderline está basada en el miedo a convertirse en "algún otro", y comparándolos con niños psicóticos, consideraba a esta ansiedad como un signo relativo del avance de las funciones Yoicas; cuando uno mismo ya puede percatarse de la amenaza contra la integridad propia.

Más recientemente Chethik y Fast (1979, 1986) han considerado al Síndrome borderline en la infancia como un estado de "transición fuera del narcisismo", cuando aún no hay un desarrollo coherente del Self ni representaciones de objeto.

Pine (1974), organizó el Síndrome en subtipos clínicos, los cuales, manifiestan un desarrollo deficiente de funcionamiento yóico y de relaciones objetales.

En 1988 el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSMIII-R lo ubica en el eje II dentro de los trastornos del Desarrollo y trastornos de Personalidad; define criterios claros para el diagnóstico entre los cuales cita: relaciones interpersonales inestables y sumamente intensas, impulsividad, inestabilidad afectiva, ira inapropiada, amenazas, tendencias automutilantes, trastornos de la identidad, duda de la autoimagen, sentimiento crónico de vacío o aburrimiento así como esfuerzos por evitar el abandono real o imaginario. Sin embargo, este criterio, a pesar de ser válido, fue hecho en función de pacientes fronterizos adultos y no de niños.

Más recientemente, otros trabajos serios han intentado establecer criterios diagnósticos para niños borderline, tomando en consideración que el niño es una entidad evolutiva, que no ha consolidado totalmente su estructura de personalidad; entre estos autores se encuentra Bemporad (1982, 1986), Greenan, Gunderson, Cane y Saltzman (1986), Noshpitz (1987).

A pesar de que a lo largo de la historia se ha conocido a este cuadro clínico con diversas nomenclaturas, y que posiblemente ninguna es totalmente exacta conforme al contexto conceptual, se ha acordado no modificarla y usar indistintamente el término borderline, o trastorno fronterizo de la personalidad ya que:

- 1. Estos pacientes han sido ya diagnosticados y "etiquetados" por otros y el introducir un nuevo término psiquiátrico causaría más confusión.
- 2. Sí existe cierta similitud con los adultos borderline con las diferencias de estados de desarrollo por los cuales cursan.
- 3. Manifiestan algunos síntomas que efectivamente se encuentran en el límite (border) entre la neurosis y una psicopatología más seria.

## II REFERENCIAS TEORICAS.

### Factores Psicodinámicos.

Una importante contribución para el entendimiento de la génesis del Síndrome Borderline, se deriva del trabajo teórico de Otto Kernberg en una serie de artículos que van desde 1966 hasta 1975. En esta concepción psicodinámica, el prototipo de la condición borderline emerge de los problemas en la transición fuera del narcisismo.

Freud postulaba que en el desarrollo normal, el pasar del proceso primario o principio de placer (Narcisismo) a proceso secundario o principio de realidad, envuelve el reconocimiento de un mundo de objetos diferentes del si-mismo. En el período del narcisismo primario, todo lo que es placentero es aceptado como real, y no hay distinción alguna entre yo y objeto. Existe un lazo omnipotente e indiferenciado materno-infantil. La transición fuera del narcisismo requiere un compromiso al mundo exterior como lo es el criterio de realidad. Las representaciones internas son probadas contra la realidad y modificadas si hay discrepancias.<sup>1</sup>

A efecto de cumplir la transición de una forma efectiva (del principio de placer al principio de realidad) dos objetivos deben de haber sido completados: la diferenciación entre yo y lo no-yo, y los aspectos dolorosos de la realidad deben de ser sintetizados con aspectos más placenteros.

Según M. Mahler (1977) un desarrollo normal pasaría por una etapa simbiótica, alrededor de los tres primeros meses y hasta los 18 aproximadamente, donde tanto la madre como el hijo son interdependientes (de una manera absoluta y relativa). La siguiente etapa, abarcaría el lapso de tiempo donde se inicia el proceso de separación-individuación de los 18 meses a los tres años aproximadamente.

En la simbiosis, la madre protege al hijo de una "sobrestimulación" ya sea de estímulos provenientes del interior o del exterior, permitiéndole así un paulatino ingreso al mundo perceptual, y le permite el desarrollo de las funciones psíquicas.

Dependerá en gran medida de cómo haya sido el trato materno durante la fase simbiótica para fundamentar el paso y la calidad de éste por etapas de desarrollo posterior.

Mahler analiza la separación-individuación como surgiendo concomitantemente con la capacidad de locomoción de su hijo; se caracteriza por la separación física de la madre, para demostrar sus logros y dominios. El niño ha hallado una identidad individual y un concepto de sí mismo. La separación motriz contribuye a la separación intrapsíquica. La división de objetos va disminuyendo y ahora se inicia la capacidad de relacionarse con los objetos como un todo; las percepciones van siendo más organizadas y se asocian con sentimientos de agrado y de no-agrado.

La relación objetal que el niño haya formado es en parte resultado de interacciones con la madre en una etapa simbiótica. Las fuerzas que el niño va adquiriendo despliegan su individualidad, le permiten un dominio sobre las funciones

1 Cfr. Freud, S. (1925) Obras Completas, La Negación.

yoicas, y por lo tanto le aseguran la separación de la madre y lo encaminan hacia una autonomía. Ahora buscan un contacto con la madre para comunicarse, ya que como Mahler afirma, la madre cataliza el proceso de individuación.

El niño logra pasar a funcionar con el principio de realidad, ahora tiene un mayor control sobre sus impulsos (internos-externos), se ha fortalecido la represión y hay más tolerancia a la frustración.

Este proceso en los casos fronterizos es diferente: la madre misma sufre de este síndrome, ella no fue capaz de separarse de su propia madre y mantiene a su hijo como factor de continuidad simbiótica de un equilibrio emocional. La individuación de su hijo la amenaza y desprotege. Despersonaliza al hijo, lo "objetiza" para defenderse de un abandono; el hijo necesita aprobación, pero si crece, se queda sin su madre. Percatándose de esta amenaza -imposible de manejar- reprime su deseo de separación e individuación, escinde su yo y utiliza el mecanismo de negación; aún cuando vaya en contra de su propia individualidad, con tal de no sufrir el sentimiento de abandono.

Otra consecuencia basada en el exitoso (o no) proceso de separación -individuación, es el poseer una constancia objetiva: es la capacidad de relacionarse objetivamente, independientemente si se encuentra físicamente el objeto o no, si produce gratificación en ese momento o no. Está basado en la representación mental de las primeras figuras de contacto.

El paciente fronterizo no ha logrado la necesaria constancia objetiva, no hay relaciones duraderas, no hay evocación en la ausencia; hay frustración.

En los niños con trastornos severos el destino de la pulsión agresiva es crucial; estos niños experimentan frustración extrema y un incremento agresivo intenso en los primeros años de vida. El origen puede ser debido a una deficiente capacidad de maternaje, factores hereditarios o constitucionales, interferencia temprana en el desarrollo, etc.

Las pulsiones agresivas, oral y pregenital, juegan un rol muy importante en la organización de la personalidad de estos niños. (Klein, M. 1927).

En la psicosis infantil, debido a estas frustraciones intensas tempranas, el niño es incapaz de trascender al narcisismo. No hay diferenciación entre yo y no-yo, y por lo tanto, severos problemas aparecen en la prueba de realidad. Los delirios y alucinaciones aparecen como representación de que las experiencias internas y las externas no pueden ser separadas.

Se ha sugerido (Mahler, M. 1960) que los niños borderline hacen una transición parcial fuera del narcisismo. En la condición borderline la diferenciación entre lo yo y lo no-yo si se llevó a cabo y parecen no existir problemas fundamentales en la prueba de realidad. No parecen estar presentes delirios sistematizados ni alucinaciones.

Sin embargo, debido a la temprana intensidad de su frustración, los niños borderline pierden la habilidad de sintetizar e integrar las experiencias "buenas" y las "malas"; y los aspectos buenos y malos del Self y del objeto. Las implicaciones de este

detenimiento o fijación son importantes; específicamente, estos factores modelan y distorsionan la personalidad y su forma de organización.

La prueba de realidad sí está presente, sin embargo, la realidad misma es amenazante.

Todas las pulsiones agresivas pregenitales son proyectadas "afuera" y por lo tanto el mundo es visto como doloroso, hostil y amenazante. Los niños borderline tienden a percatarse de la realidad, de lo que se espera de ellos, etc. sin embargo, su sentido de realidad se encuentra distorsionado. Ellos anticipan dolor del exterior y cualquier sentido de alegría, júbilo o gratificación, lo viven como una experiencia exagerada e intensa que deriva de su fantasía. Su percepción de realidad objetiva permanece intacta, no obstante, la investidura de ésta se encuentra limitada.

Los niños borderline no abandonan por completo el mundo narcisista placentero. Continúan buscando toda clase de gratificaciones tempranas; entoces, buscan la satisfacción de sus necesidades orales a través de una relación idealizada materno-infantil. (Noshpitz, 1987)

La clara escisión entre lo bueno y lo malo tiene otras implicaciones más generales: debido a la intensidad de sus proyecciones, experimentan al mundo exterior como terrible y atemorizador.

Generalmente hay un terror fundamental y un sentimiento de desesperanza (desesperanza del yo) en relación con el mundo real. Viven en estado de trauma crónico y están invadidos de miedo y ansiedad de ser aniquilados y destruidos.

Singer, (1960) y Pine, F. (1986), entre otros, han mencionado que el trauma no se define en términos de estimulación externa; se puede deducir su presencia por sus efectos en el desarrollo. Así encontramos que el no haber logrado consolidar en una temprana etapa de desarrollo la confianza básica, se puede haber experimentado como un defecto en la relación temprana con la madre (o tutora), ó bien, el desarrollo de la ansiedad que se vive no como señal, sino como la amenaza per se, conduce rápidamente a una escalada de pánico, ésto surge como una constante espera a que la satisfacción llegue, y de tanto esperar, la expectación crece y la necesidad de gratificación es mayor. Ante la ausencia de gratificación, se vive la primera señal de ansiedad y dolor como invasiva y destructiva y ningún esfuerzo o mecanismo logrará apaciguarla. Esto es un proceso psíquico interno que podría conducir a una organización de personalidad de tipo fronterizo.

Dado que la escisión separa placer y dolor, y los componentes agresivos del Self son desviados, el proceso crítico del desarrollo de fusión de pulsiones libidinales y agresivas no puede llevarse a cabo, teniendo como consecuencia serias dificultades en la reestructuración de la personalidad.

Algunas características sobresalen en estos niños como serían la forma de relacionarse con los objetos, el desarrollo del Yo, el curso del Superyó y la subsecuente estructuración de la personalidad.

A continuación se describe el proceso de desarrollo psíquico a partir del enfoque psicodinámico de O.Kernberg (1966 - 1975), por fines didácticos se dividió en tres, a saber:

- 1.Relaciones de objeto.
- 2.Desarrollo del Yo

### ● 3.Desarrollo del Superyó.

## 1.Relaciones de objeto.

Kernberg (1977), define teóricamente el "desarrollo normal" de las relaciones objetales en las cuatro etapas siguientes. Este autor basa en gran medida sus fundamentos teóricos en el proceso de separación-individuación descrito por Mahler.

\* a. Autismo normal o período indiferenciado primario.

Basado en una indiferenciación entre el si-mismo y el objeto. Se constituirá bajo la influencia de experiencias gratificantes del neonato y su interacción con la madre.

Abarca el primer mes de vida y cualquier detención patológica, fracaso o fijación del desarrollo en este punto se reflejaría en la falta de desarrollo de la imagen indiferenciada Sí mismo-objeto y en la consiguiente capacidad de establecer una relación simbiótica normal con la madre; en términos de Mahler (1968), sería el riesgo que pudiera conllevar a una situación de psicosis autista.

Si bien es cierto que durante esta primera etapa no hay diferenciación yo-noyo, se va constituyendo gradualmente la normal representación indiferenciada Sí mismo-objeto (en términos de O. Kernberg).

\* b. Simbiosis normal o período de representaciones primarias indiferenciadas Sí mismo-objeto.

En el segundo mes de vida aproximadamente, aparece la consolidación de la imagen Sí mismo-objeto placentera, gratificante o "buena" y señala el comienzo de lo que más tarde se convertirá en el núcleo del sistema Sí mismo en el yo y en el principal agente organizador de las funciones de integración del yo temprano<sup>2</sup>. Este período que pudiera prolongarse hasta los seis u ocho meses, abarcaría el período descrito por Mahler de simbiosis y la subfase de diferenciación.

Persiste en esta etapa la tendencia a "refusionar" con fines defensivos las imágenes buenas-placenteras de Sí mismo y del objeto. Dado que la diferenciación entre el Sí mismo y el objeto es aún incompleta, las experiencias no-gratificantes no logran aún ser escindidas, y los límites entre las imágenes del Sí mismo y los objetos son poco definidos. La fijación patológica o la regresión a esta segunda etapa del desarrollo de las relaciones objetales internalizadas, se caracteriza desde el punto de vista clínico, por la falta de definición -o la pérdida de definición de los límites yóicos- típica de la psicosis infantil, la mayor parte de la esquizofrenia del adulto y de las psicosis depresivas.

Esta segunda etapa termina teóricamente cuando las imágenes del Sí mismo y las del objeto se han diferenciado de manera estable a partir del núcleo de la representación conjunta "buena" Sí mismo objeto.

Simultáneamente con la consolidación de representaciones indiferenciadas "buenas" se consolidan otras representaciones producto de las experiencias

2 Kernberg, O. (1977). La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico. Ed. Paidós. México, pp 50.

desagradables de la interacción con la madre, formando así mismo una estructura intrapsíquica "mala".

Ambas estructuras, producto de experiencias con la madre, se organizan separadamente en circunstancias afectivas diferentes, determinando dos constelaciones independientes de "memorias afectivas"<sup>3</sup>.

El afecto primitivo, concebido con la más temprana percepción subjetiva de placer o displacer, constituye así un elemento organizativo básico, capaz de reunir en una huella mnémica común que fija esa experiencia, la primitiva percepción de estados corporales, de conductas innatas activadas y las correspondiente respuestas externas (ambientales) mezcladas con aquellas. En resumen, diversas estructuras innatas fisiológicas de conductas afectivas y perceptivas, son interanalizadas justamente formando una primera unidad de estructura intrapsíquica. La cognición y el afecto son entonces dos aspectos de una misma experiencia primaria<sup>4</sup>.

Tanto los afectos placenteros como los displacenteros primitivos e indiferenciados, van paulatinamente siendo más específicos, de tal manera que se erotizará el cuerpo en general, y algunas zonas más en particular; también se creará una situación ansiosa de miedo o rabia.

Las experiencias tanto buenas como malas forman una representación, que encaminan hacia las representaciones de Sí mismo objeto. Estas representaciones gratificantes o frustrantes activan a su vez la atención, la motivación y al aprendizaje, y posteriormente conllevan a la diferenciación del Sí mismo y del objeto en la interacción del infante con su madre. Esta diferenciación tiene de base la maduración de las funciones yóicas como la percepción y la memoria.

De predominar las experiencias no placenteras, se almacenaría una representación de vivencias "malas" que si bien es cierto se encuentran matizadas por la ansiedad generalizada, conllevan a una desorganización que dificulta en gran medida la representación "buena" de Sí mismo objeto, y conforma una estructura yóica difusa donde las funciones se encuentran poco eficaces y la diferenciación de Sí mismo objeto se torna más remota.

La diferenciación entre los componentes del Sí mismo y del objeto a partir de buenas representaciones indiferenciadas del Sí mismo objeto, probablemente comienzan entre los primeros tres o cuatro meses de vida y se completa entre los seis y nueve.

La secuencia de representación "buena" Sí mismo- objeto constituye la estructura intrapsíquica original cargadas con libido en tanto que las secuencias de "malas" representaciones Sí mismo objeto recibe carga agresiva.

\* c. Diferenciación entre las representaciones del Sí mismo y las representaciones objetales.

Esta etapa se caracteriza porque completa la diferenciación de la representación de Sí mismo-objeto, tanto de los núcleos formados por representaciones

3 Ibídem. pp51

4 Ibídem. pp52

buenas como malas; ésto conlleva a la posterior integración de las representaciones buenas y malas de Sí mismo en un concepto más total.

Estos eventos se llevan a cabo entre los seis y los ocho meses de vida y culminan entre los 18 y 36 meses. En esta etapa se alcanza la constancia objetal y en términos generales abarca la fase de separación-individuación descrita por Mahler.

"La diferenciación entre los conceptos del Sí mismo y los objetos determina, junto con el desarrollo general de los procesos cognoscitivos, el establecimiento de límites yoicos estables, no existe aún un Sí mismo integrado ni una concepción integrada de los otros seres humanos (de modo tal que este período se caracteriza por "relaciones objetales parciales").

La fijación patológica o la regresión a esta etapa del desarrollo de las relaciones objetales internalizadas determina la organización de la personalidad de tipo fronterizo<sup>5</sup>.

Es en esta tercera etapa, que el infante reconoce a la madre, lo cual marca una delimitación entre el Sí mismo y no Sí mismo, así como el Sí mismo y los otros. En la medida que la diferenciación evoluciona, se refuerza el desarrollo de la percepción y la cognición lo cual a su vez promueve aún más la diferenciación.

En esta etapa de desarrollo se manifiestan más intensamente mecanismos de protección como podrían ser la negación, la escisión, la identificación proyectiva. Cabe señalar que la fragilidad yoica existente pone en evidencia que el infante aún no tiene totalmente diferenciadas las representaciones de Sí mismo y ante cualquier amenaza tendería a desestructurarse.

En la organización de la personalidad de tipo fronterizo, el principal objetivo de la constelación de defensas centradas en la escisión es mantener la separación entre las estructuras intrapsíquicas agresivamente determinadas y las libidinalmente determinadas, originadas en tempranas relaciones objetales. La consecuencia sería una incapacidad para integrar representaciones del Sí mismo.

- \* d. Integración de las representaciones del Sí mismo y las representaciones objetales y desarrollo de las estructuras intrapsíquicas superiores derivadas en relaciones objetales.

Esta etapa, que se extiende desde la última parte del tercer año de vida y se continúa a todo lo largo del período edípico está caracterizada por la integración de las representaciones de Sí mismo tanto con carga libidinal como con carga agresiva formando un sistema definitivo de Sí mismo. Estas son representadas en forma más total logrando consolidar instancias psíquicas tales como el Yo, el Ello y el Superyó.

De existir una patología típica en esta etapa, estaría representada por las neurosis: la histeria, la organización obsesivo-compulsiva y la depresivo-masoquista.

Así mismo un tipo de patología, la personalidad narcisista estará caracterizada por:

- Una patología con condensación del Sí mismo real, el Sí mismo ideal y estructuras del objeto ideal.
- La represión y/o escisión de las "malas" representaciones objetales.

- Una devaluación generalizada de las representaciones objetales.
- Un desvanecimiento de los límites Superyóicos normales.

El resultado final es el desarrollo de un Sí mismo grandioso enclavado en una organización defensiva similar a la de la organización de tipo fronterizo (Kernberg, 1979).

La integración de las representaciones del Sí mismo y las representaciones objetales, tiene como base a la maduración cognoscitiva, sin embargo, es importante señalar que de existir un predominio patológico de mecanismos de defensa primitivos (escisión por ejemplo) podría interferir con los procesos de integración al grado de que a pesar de existir una adecuada evolución e integración cognoscitiva, queda interrumpida la integración de las relaciones objetales.

En contraste con las nuevas y más realistas representaciones del Sí mismo y objetales, se desarrollan otras representaciones, las de un Sí mismo ideal y de un objeto ideal que representan la fantasía del ahora "perdido estado ideal" de representaciones totalmente buenas del Sí mismo y del objeto.

"El Sí mismo ideal representa la aspiración a un estado ideal del Sí mismo, capaz de hacer al individuo aceptable para el objeto ideal, de acercarlo a él, y en última instancia de refusionarlo simbólicamente con ese objeto ideal (la temprana imagen materna, indemne, amante y magnánima)"<sup>6</sup>.

Es en esta etapa que los procesos de integración disminuyen la utilización de los mecanismos disociativos y por lo tanto el mecanismo de la represión pasa a formar una parte defensiva del Yo. Se entiende de esto que ya están las instancias psíquicas lo suficientemente diferenciadas para funcionar de diferente forma y con diferentes principios. En esta etapa propone Kernberg, que el predominio de la represión sobre las anteriores defensas organizadas alrededor de la escisión consolida al Ello como estructura intrapsíquica general que "contiene la suma de aquellas relaciones objetales internalizadas que resultan inaceptables debido a las experiencias peligrosas, angustiantes, culpígenas, que forman parte de las respectivas interacciones intrapsíquicas e interpersonales. En consecuencia, se reprimen las más atemorizantes y perturbadoras unidades formadas por imágenes del Sí mismo e imágenes objetales bajo la influencia de afectos primitivos, y esta represión impide la ulterior diferenciación e integración de aquellas dentro de la personalidad total, perduran entonces en el Ello, en un estado relativamente inmodificado, primitivas e irreales representaciones del Sí mismo y del objeto junto con sus respectivas disposiciones afectivas, de naturaleza también primitiva y abrumadora. En consecuencia, persisten en el Ello las primitivas constelaciones cognoscitivas de representaciones del Sí mismo y del objeto y de las primitivas disposiciones afectivas asociadas con aquellas"<sup>7</sup>.

La cuarta etapa marca también el inicio de las estructuras Superyóicas como estructura psíquica definida. Se origina en la internalización de imágenes objetales que se fantasean como extremadamente hostiles e irreales y reflejan "malas" representaciones del Sí mismo y del objeto "expulsadas", proyectadas y reintegradas. Se originan probablemente cuando el bebé en una temprana etapa de desarrollo se

6 Ibidem. pp57

7 Ibidem. pp58

esfuerzo por mantener "intacta" la idealizada relación madre-hijo. Posteriormente se profundizará más en cómo se consolida el Superyó en los niños con patología borderline.

\* e. Consolidación de la integración del Superyó y el Yo.

Etapa caracterizada por la paulatina integración del Superyó y por la cada vez menos evidente oposición entre el Superyó y el Yo.

Se produce un recíproco reforzamiento entre el Sí mismo ya integrado, el mundo estable de representaciones objetales internalizadas e integradas y el conocimiento realista de Sí mismo.

"Cuanto más integradas están las representaciones de Sí mismo, mayor es la correspondencia que hay entre la percepción del Sí mismo en cualquier situación particular y la realidad total de las interacciones del individuo con los demás. Cuanto más integradas están las representaciones objetales, mayor es la capacidad de hacer una apreciación realista de los demás y sobre la base de esta apreciación, mayor es la capacidad de remodelar las propias representaciones internas"<sup>8</sup>.

En términos más generales, se podría concluir, que los recursos internos con los que cuenta un individuo para hacer frente a conflictos y fracasos, están en íntima relación con la madurez y la profundidad de su mundo interno de relaciones objetales.

Las relaciones objetales de los niños borderline se caracterizan por Self-objetos que sirven como apoyo a sus proyecciones; las características reales que resulten frustrantes, son desperendidas del objeto real y negadas, haciéndolas inexistentes.

La negación entonces, tiene la característica de evitar el contacto con situaciones de dolor y frustración.

La forma en cómo los niños borderline se relacionan con el objeto es particular y característica, así ellos muestran "hambre de objeto" y viven con terror las separaciones. Geleerd (1946) discutía la necesidad imperiosa en estos niños por mantener contacto, y describía la distorsión o pérdida parcial del contacto con la realidad. La necesidad de sostener dentro al objeto dificulta la constancia objetal. Cuando se encuentran separados del objeto, éstos niños tienen dificultad en retener las representaciones "buenas" que han internalizado del objeto. La frustración crea un sentimiento de terror, y la presencia y continuidad del objeto (a veces físicamente) es la única fuente de calma y tranquilidad.

Dado que estos niños temen las separaciones, usualmente actúan "coercitivamente" hacia el objeto; buscan asegurar que tienen un total control sobre cualquier actividad independiente de las personas de las cuales dependen.

-Carencia de Empatía. Las características reales de la gente cercana se ven muchas veces distorsionadas ya que son investidas de proyecciones, carencia/deseos, etc.

Necesitarían tener roles prescritos por el niño y dada la rigidez, se crea un sentido de pérdida de empatía. Las necesidades proyectadas dominan la mayoría de las

interacciones y éstos niños son entonces incapaces de percibir, interactuar y racionar a las necesidades del objeto.

-El fenómeno de fusión: Rosenfeld y Sprince (1963) citaron a Anna Freud en su explicación acerca de que el niño borderline está constantemente en el límite entre identificación y catexia objetal con un miedo de fusión resultante, que bien caracteriza la patología borderline.

El miedo de fusión es aquel donde se teme que las características corporales propias se cambien con las de otro. Este fenómeno es característico de los niños simbióticos psicóticos, que encuentran una pérdida de distinción con los otros.

Los niños borderline usualmente buscan una unión y una unidad, sin embargo, el factor crítico que concierne se trata de una fusión psicológica, no física. Se desea entonces ser uno, controlando la vida independiente del objeto.

Hay una marcada capacidad en estos niños, a diferencia de la psicosis, a mantenerse separado del objeto.

## **2. Desarrollo del Yo.**

El Yo de un niño borderline está caracterizado por ser débil, frágil y desesperanzado. Al definir debilidad yoica muchos autores (Mahler, M. 1977, Aarkog, T. 1981, Bemporad et al, 1982, Pfefferbaum, B. et al, 1986, Liebowitz, 1987, Noshpitz, 1987) se refieren a los diferentes niveles del funcionamiento yóico, al desarrollo posterior y a la consolidación de defensas primitivas.

Resulta claro, que el "mal desarrollo" de algunas funciones yoicas dificulta mucho más cualquier situación a la que el niño borderline tenga que enfrentarse, y por lo tanto, le resultará de igual manera integrar las desviaciones de pulsión agresiva. Sin una consolidación yoica adecuada, el niño encuentra mayor dificultad en conseguir objetivos posteriores de desarrollo, incluyendo las síntesis de aspectos "buenos y malos" del objeto y del Self. Mas aún, el principal objetivo de estas defensas primitivas es el de contener y evitar la escisión entre las representaciones amenazantes y agresivas y el mantener aspectos del mundo narcisista "bueno".

**-Funciones Yoicas.**

\* a). Desarrollo motor.

En la infancia muchos niños ya evidencian desviaciones fisiológicas y patrones erráticos. Subsecuentemente, uno puede observar manifestaciones motoras claras en forma de hiperactividad, rigidez corporal, gestos y posturas peculiares.

En las historias tempranas de los niños borderline encontramos falta de homeostasis fisiológica; ésto puede conducir al punto en donde la viabilidad física del organismo se vió amenazada.

Particularmente, aquellos niños que reciben apoyo temprano, muestran mayor habilidad motora (habilidades yoicas rudimentarias); conjuntamente con el objeto, ésto les ayuda a funcionar menos torpemente.

La incapacidad de algunos niños para modificar las tempranas experiencias de dolor, (debido a sus procesos fisiológicos defectuosos o a un deficiente maternaje) produce un gran número de problemas fundamentales. Se puede notar una disrupción

el el funcionamiento normal del sistema fisiológico y la constante presencia de un alto nivel de ansiedad primaria. Otro efecto es que el niño en su proceso de desarrollo y crecimiento, "aprende" que el mundo exterior es doloroso y no gratificante y que uno no debería esperar demasiado de él. Esto conlleva a una situación de desesperanza.

\* b).Desarrollo perceptual.

Rosenfeld y Sprince (1963) expusieron los déficits perceptuales específicos que son encontrados en las historias de los niños borderline. Estos autores encontraron que estos niños tienen dificultad para inhibir la estimulación. Parecen estar empapados de ésta y tienen dificultad en determinar y seleccionar qué es y qué no es importante para ellos.

En la medida que el niño se desarrolla, la cualidad del funcionamiento perceptual puede afectar el funcionamiento posterior en la discriminación de la realidad, por ejemplo, dificultad en la percepción debido al flujo de estimulación puede conllevar dificultades en la habilidad de atención y discriminación del origen de la estimulación, ésto a su vez puede crear problemas potenciales para distinguir los eventos internos de los externos. De igual forma, estas dificultades pueden guiar a la incapacidad de percibir correcta y precisamente la cualidad de la estimulación (por ejemplo: enojo del no enojo,etc). Si bien la prueba de realidad de los niños borderline no está marcadamente distorsionada, (como en la psicosis), hay problemas concernientes a la agresión: el niño no puede fácilmente distinguir la fuente de origen de los impulsos agresivos, como tampoco puede evaluar la intensidad (o bien, la pulsión agresiva es marcadamente exagerada).

Los problemas perceptuales que se presentan tempranamente en los niños borderline pueden constituir componente importantes para el área afectiva.

**-Control de la actividad pulsional.**

Hay usualmente en estos niños una incapacidad en el control de impulsos tanto libidinales como agresivos. Hay usualmente una sintonía yoica a la expresión de impulsos durante el tiempo de la conducta disruptiva, y una repetida pérdida de control.

También la historia temprana de éstos niños pone de manifiesto una inhabilidad para liberar tensión de una forma adecuada.

En la medida que el infante crece, debería tener un mayor control sobre la regulación de la intensidad y el control de sus impulsos.

Los niños borderline presentan inhabilidad para tolerar tensión, para esperar o para inhibirla.

La creciente habilidad para liberar la tensión está fundada en funciones yoicas más tardías, así por ejemplo, el sustituir pensamiento por acción, el ejercer control sobre el propio Self, y el intervenir en el entorno por medio de acciones.

De esta manera, numerosos estudios (Aarkog, 1981, Greenman, et al. 1986, Liebowitz, J. 1987, Noshpitz, R. 1982) indican que un elevado número de niños borderline presentaban inmadurez fisiológica y/o daño cerebral mínimo que pudiera ser una contribución importante a la génesis del síndrome. Estos procesos yoicos rudimentarios, son el fundamento para funciones yoicas más complejas; una temprana alteración puede distorsionar en los posterior funciones más altamente desarrolladas.

En los niños borderline hay una inadecuada capacidad de neutralización, de tal forma que se les dificulta la reestructuración en el equilibrio psíquico.

Entre los niños borderline se encuentran también instintos pregenitales (Singer, M. 1960. Rosenfeld y Sprince, 1963) que fluyen directamente de la pulsión original a la conciencia con muy poca distorsión, lo que tiende a sobreponer al Yo débil del niño. Dado que hay muy poca energía neutralizadora disponible y la energía cuantitativa se encuentra más balanceada al lado pulsional, les resulta sumamente difícil evitar la progresión que posteriormente lleva a una pérdida de control.

#### **-Funciones sintéticas.**

Se conoce con este nombre a la tendencia del Yo de unificar; con la posibilidad de simplificar o generalizar.

Los niños borderline tienen problemas fundamentales con las funciones sintéticas. Son incapaces de unir por ejemplo, características buenas y malas del mismo objeto.

#### **-Procesos de Pensamiento.**

A pesar que el niño borderline es capaz de manifestarse en proceso secundario, es también posible que tenga una regresión y se exprese en proceso prelógico (Pfefferbaum, B. et al, 1986). Hay una fuerte tendencia al pensamiento mágico, así como una sobrestimación del poder de sus deseos. Cuando no son satisfechos estos niños, se frustran; se ven invadidos por la ansiedad y difícilmente utilizan el proceso secundario.

#### **-Relación con la Realidad.**

Bajo el impacto de impulsos agresivos y tensos, la prueba de la realidad se torna confusa para los niños borderline. Dado que son incapaces de diferenciar la estimulación interna de la externa, se vuelve difícil la prueba de realidad (aunado a la capacidad de percepción), sin embargo, en su mayoría éstos niños permanecen en contacto con un sentido de realidad.

#### **-Mecanismos de Defensa.**

La habilidad de cada individuo para reprimir una determinada carga es sinónimo con la capacidad de mantener fuerzas constantes de contrapulsión (que impediría que material inconsciente llegar a lo consciente). La energía para lograr esto necesitaría estar libre de impulsos; en los niños borderline debido a la dificultad en la neutralización de los impulsos muy poca de la energía necesaria se encuentra disponible. Entonces, las defensas que se mantienen de forma muy primitiva, tienen como función mantener la división (todo bueno-todo malo) en el Yo y de expeler todas las representaciones no placenteras (Singer, M. 1960, Rosenfeld y Sprince, 1963, Noshpitz, J. 1987).

En términos generales, las defensas de los niños borderline, no son tan efectivas o funcionales como las de los niños normales o neuróticos. La ansiedad por ejemplo, no es satisfactoriamente contenida y por lo tanto irrumpe en la conciencia.

Cuando los niños borderline se sienten en riesgo exagerado puede sobrecompensar sus defensas siendo tan rígidas e inflexibles que toda muestra de afecto queda abolida (por ejemplo, con soluciones y mecanismos esquizoides).

-Escisión. Kernberg describió este mecanismo como un proceso activo donde se mantiene aparte a las introyecciones e identificaciones de cualidad opuesta. Se considera que éste es el principal mecanismo defensivo de la patología borderline. Más comúnmente es observada en la fuerte escisión entre "sólo bueno"- "sólo malo".

-Negación. La forma más típica es la forma de "poner de lado" cualquier pensamiento, representación o percepción que no van acorde a la forma en cómo el niño borderline siente o experimenta el mundo; éste mecanismo está íntimamente ligado a la escisión.

-Proyección. Los niños borderline tienden a externalizar y expeler cualquier elemento considerado como malo. Un efecto de este uso extensivo de proyección es el desenvolvimiento de miedos de venganza de estos objetos que han sido proyectados al exterior (como si la amenaza proviniera de afuera), también este mecanismo está íntimamente ligado a la escisión y negación.

-Idealización y Devaluación. El fenómeno de escisión alberga a estos dos mecanismos. Aquellos objetos que son considerados como buenos son idealizados y mantenidos; aquellos objetos que fueron considerados malos son proyectados y expelidos. a su vez son devaluados y por lo tanto no merecen ser introyectados.

### 3.Desarrollo del Superyó.

Muchas de las dificultades mencionadas para la consolidación del Yo (en funciones yoicas) son también impedimento para una óptima estructura del Superyó.

En la medida que un niño crece, las expectativas y prohibiciones de los objetos amados son imitadas, identificadas, y posteriormente introyectadas. En el curso de esta introyección hay una transferencia en la autoridad del objeto real a su representación interna. Así, al principio las expectativas y limitaciones individuales son introyectadas. Sin embargo, con el impacto del Complejo de Edipo, cuando los objetos amados tienen que ser dados (por la amenaza psíquica) ocurren identificaciones, por ejemplo, introyecciones mayores. Las prohibiciones e ideales se convierten en una estructura propia, parte del Self y el niño puede parcialmente funcionar independientemente de los padres; es en este momento que se le pudiera llamar "Superyó internalizado", como un patrón interno que controla y rige y que también puede ser una fuente de autoestima, por ejemplo, buenos sentimientos surgen cuando las expectativas internas fueron alcanzadas, con ésto, el niño será cada vez menos dependiente del objeto para abastecerse narcisísticamente (Noshpitz, 1987).

Un Superyó efectivo apoya a las defensas contra los impulsos. Aquellas que estén prohibidas promoverán una señal de culpabilidad, la cual usualmente impedirá la expresión de estos deseos en conducta.

Cuando hay alguna falla, se experimenta culpa y ansiedad. El Superyó también ayuda al establecimiento de metas. Un Superyó efectivo establecerá metas razonables y que se puedan alcanzar.

Cuando no se ha renunciado a los deseos de grandiosidad, están cada vez más relegados al área de la fantasía (placentero, pero no realizable).

Los niños borderline tienden a vivir en un mundo hostil y amenazante. Hay usualmente un aspecto paranoide con el entorno (Singer, 1960, Noshpitz, 1987). En

niños normales o neuróticos el deseo es controlado cada vez más desde lo interno, en los niños borderline son dependientes del control externo; por ejemplo, las prohibiciones son percibidas como individuos o lugares amenazantes en lugar de percibirlos en términos de sentimientos incómodos que surgen desde el interior. La principal razón por la que las sanciones permanecen proyectadas es porque los niños borderline presentan dificultad en la identificación, introyección e internalización.

Las dificultades en la percepción y en la prueba de realidad distorsionan las percepciones del modelo inhibitorio (por ejemplo los padres). Usualmente estas representaciones mentales del modelo parental, son llevadas con agresión pregenital y componentes primitivos sádicos. Estas percepciones son amenazantes, escindidas y expelidas fuera del Self. El resultado es que el proceso de construcción de estructuras internas prohibitivas (los precursores del Superyó) está poco desarrollado o defectuoso.

El Superyó se queda en los niños borderline en un estado preautónomo, muchos niños muestran marcada dependencia y un deseo de mantener gratificación y placer de un mundo narcisista.

La dificultad para la consolidación del Superyó, conlleva a reforzar la dependencia con el objeto y mantiene constante "el hambre de objeto". El problema con los controles internos es que crean ansiedad al ser invadidos por los impulsos. Los niños borderline buscan constantemente controles externos; aunado a esto, la falta de una buena autoestima los distancia cada vez más de las expectativas del Superyó, buscando nuevamente autoestima en la regulación del objeto.

A pesar de todo lo mencionado, los niños borderline sí logran internalizar algunas prohibiciones, las cuales son vividas muy agresivamente y por consiguiente excesivamente severas. El Superyó de estos niños suele ser terriblemente intolerante, hipercrítico y marcadamente autodespreciativo, como si la carga agresiva se tornará contra el Self. El Superyó puede ser inconsistente y puede tener fracturas, de tal manera que deje fluir a los impulsos agresivos. Esta inconsistencia es debida más que a la debilidad del Superyó, a la fragilidad de la estructura defensiva y a la fuerza misma de las pulsiones.

Masterson (1973) por su parte propone un modelo explicativo del "trastorno fronterizo" con base en la teoría de M. Mahler, la investigación clínica - a su decir - ha permitido demostrar que el síndrome fronterizo del adolescente tiene sus orígenes en la forma en cómo se llevó a cabo el proceso de separación-individuación. La teoría por su parte, demuestra que este proceso no sigue un desarrollo normal, sino que se ve matizado por sentimientos de abandono, experimentados tan dolorosamente, que le impide dejar la imagen materna y por lo tanto no ceder a la autonomía.

Según este autor, en ocasiones, la imagen de la madre es interiorizada y asociada a una imagen fragmentaria, por lo tanto, la voz interna materna no actúa siempre apoyando la estructuración.

El Síndrome fronterizo, diría Masterson, tiene su posible etiología en los sentimientos de abandono de los cuales el hijo no se puede defender.

Otros autores que han estudiado este trastorno y que han enfatizado una concepción no estática del mismo, son Diatkine y Stein (1958) quienes lo plantean en dos ejes, siempre a partir del desarrollo libidinal: el modelo estructural y el modelo genético. Esta concepción planteada en términos de neoorganización, reestructuración, recomposición evolutiva y desarmonía evolutiva. Esta escuela enfatiza que la "patogenia del niño no puede reducirse a un mecanismo, sino que se describe en y a través de las vicisitudes del desarrollo libidinal, que depende sobre todo de factores internos y externos".

En psicoanálisis la aparición de un estado patológico no equivale a la liberación de una estructura subyacente, sino a la reorganización del Yo bajo la coacción de múltiples contradicciones determinadas por fantasmas inconcientes.<sup>9</sup>

En 1963, Lebovici y Diatkine precisaron la noción de prepsicosis, término con el cual se clasificaría en términos de "preestructura, preorganización en desequilibrio, con elaboración pobre de mecanismos de defensa, importancia de los procesos primarios y mecanismos de proyección"<sup>10</sup>.

Si bien es cierto, gran parte del desarrollo del niño se guía conforme al desarrollo libidinal y que en el fondo radican la relación objetal y los investimentos que el sujeto haya logrado, es importante tener en consideración al hablar de prepsicosis y psicopatología en general, que no puede reducirse a un solo factor patógeno en un proceso lineal; la patogenia se ha de considerar dentro de los factores histórico, el medio (interno y externo) y la posibilidad de reparación.

"El término prepsicosis designa un grupo de apariencia polimorfa desde el punto de vista sintomático (estructura psicótica de sintomatología discreta, estados próximos a organizaciones defensivas caracteriales con falso si-mismo inhibición), con polimorfismo de la actividad del Yo, ineficacia, una elaboración progresiva del investimento de los objetos internos y focalización de la angustia. Las organizaciones tendrían como rasgo específico la inestabilidad estructural, el desequilibrio económico, el pronóstico variable (psicosis, neurosis obsesiva, déficit intelectual...)"<sup>11</sup>.

Para estos autores, el niño prepsicótico no organiza u organiza mal los sentimientos de la realidad, vive en el mundo de las imaginaciones, sin embargo, conserva el control de la función de la realidad; lo que muestra débil es su Yo con una elaboración pobre de mecanismos de defensa y con importancia de los procesos primarios conllevando a un desequilibrio conductual.

Si bien la noción de la prepsicosis es difícil de delimitar, y la nomenclatura con la que se ha denominado es variada según el autor que la defina, dependiendo del fundamento teórico conceptual en cual se apoye para desarrollar sus observaciones, a pesar de esta dificultad e independientemente si se le llama trastorno fronterizo o borderline, estado prepsicótico o desequilibrio del desarrollo, los autores están de acuerdo en señalar que es considerado como "la expresión de un desarrollo defectuoso, fragmentario del Yo y que se manifiesta en una fragilidad de las relaciones

9 Cfr. Ledoux, M. A. (1984). *Concepciones Psicoanalíticas de la Psicosis Infantil*. México.

10 *Ibidem*. pp 57

11 *Ibidem*. pp 58

con la realidad, con contactos pobres y narcisistas con los demás, ligeros trastornos del pensamiento y del lenguaje, imagen corporal deficiente, discordancias marcadas entre las capacidades y las ejecuciones intelectuales, y la aparición de impulsos primitivos en la conducta o la imaginación".

También parece existir un acuerdo en que este trastorno no necesariamente conlleva a una psicosis; el pronóstico es variable y dependerá del riesgo ante nuevas situaciones stressantes o de abandono (por ejemplo en la adolescencia).

Con base en lo mencionado hasta el momento, la diada madre-hijo, y las transacciones que en ésta se realizan, son claves para la organización posterior de la estructura individual; de tal suerte que aquellas madres que no hayan podido solucionar adecuadamente el proceso de separación-individuación con su propia madre, no podrán facilitarle la separación-individuación a sus hijos, y como Masterson asevera: hijos borderline son ya producto de una relación borderline con la madre.

**Esta es la historia de un Gigante que no supo caminar sobre el fuego, por lo que tuvo que caminar entre los fuegos.**

**Como quiera que los fuegos son muchos, y están cerca, se quemaba impunemente.**

**A menudo sucede que un Gnomo y un Gigante son tan parecidos que resulta imposible identificarlos.**

**Utilizan las mismas palabras, adoptan los mismos gestos y viven en la misma casa; entonces y a efectos, es preciso recurrir a las huellas.**

Livia Sedeño.

Los Gnomos no tienen Biblioteca.

## **SEGUNDA PARTE: EL SINDROME**

A Continuación se presentan algunas consideraciones de diferentes autores que han estudiado el síndrome borderline en la infancia; se expondrá para facilitar su comprensión en tres apartados, a saber:

- El Síndrome: Síntomas Manifiestos.
- Síntomas Asociados.
- Etiología.

## SINTOMAS MANIFIESTOS

El niño borderline exhibe grados de desorden esencialmente en cada área de funcionamiento.

Es el perfil general y no un sólo síntoma aislado el que se deberá tomar en consideración al hacer el diagnóstico.

La extensión del disturbio en alguna área no es aparente en el contacto inicial con el clínico o en una entrevista muy estructurada, sin embargo, se hace aparente tras un largo período de contacto; especialmente durante momentos particularmente stressantes para el niño como pudieran ser las pruebas proyectivas o una situación de análisis. Entonces, no es de sorprender que, las descripciones de niños borderline surjan en su mayoría de terapeutas que han visto emerger el cuadro en el curso del tratamiento.

A continuación se presenta la descripción del cuadro clínico así como los hallazgos encontrados por diferentes autores (Singer, 1960, Rosenfeld y Sprince, 1963, Gunderson, et al. 1981, Bemporad, et al, 1982, Liebowitz, 1987, Noshpitz, 1987).

La edad del niño es un factor significativo para establecer el diagnóstico. Con los criterios de que se dispone actualmente, es sumamente difícil (si no imposible) establecer este diagnóstico antes de la edad escolar.

Los niños borderline muestran conductas que pudieran ser consideradas en los límites normales para niños más pequeños, pero que son inapropiadas para su edad cronológica.

Muchos clínicos han estado de acuerdo al considerar este desorden como el resultado de un ataque "masivo de desarrollo" (Bemporad, Smith, Hanson y Cichetti 1982, 1986) teniendo como consecuencias las fallas en adquirir el dominio en de la fase de latencia, tales como formar relaciones con pares, establecer un exitoso sistema de defensas (que ante alto stress se pueda mantener en un determinado equilibrio), la expansión de sus habilidades cognoscitivas y el buscar acomodo en el mundo real y social.

Las áreas características de patología general involucran: fluctuación en el funcionamiento, la naturaleza y extensión de la ansiedad, los procesos y contenido del pensamiento, relaciones con otros y pérdida o carencia de control.

- \* Fluctuación del funcionamiento: esta característica describe la capacidad del niño borderline para cambiar rápidamente de un estado neurótico a uno de tipo psicótico y

viceversa, dependiendo del grado de stress ambiental y de la situación de seguridad (Bemporad, et al, 1982).

El niño borderline hace estos cambios porque no puede mantener una distancia apropiada y/o defenderse del material sressante sin recurrir a fantasías bizarras. Al mismo tiempo, el niño no puede formar un delirio sistematizado, o permanecer en un estado psicótico porque su organización se conserva en algún punto de mayor organización.

- \* Naturaleza y extensión de la ansiedad: este es otro rasgo característico de los niños borderline; su incapacidad para manejar la ansiedad, tanto a través de defensas neuróticas como de distorsiones psicóticas.

En un contacto inicial, el niño parece que ha desarrollado un sentido fóbico y/o obsesivo, sin embargo, estas defensas fácilmente se quiebran ante un incremento de ansiedad.

Frijlin-Schreuder (1970) afirmaba que estos niños sufren más de esta ansiedad que los niños francamente psicóticos, y esto sucede porque se encuentran indefensos. Son descritos como niños que son capaces de comunicar su terror, pero no pueden lidiar con él de una forma independiente; son incapaces de percibir la ansiedad como una señal, en lugar, toman a la señal misma de ansiedad como una amenaza en sí misma, de tal forma, que en el trastorno borderline hay una rápida escalada del miedo al pánico y terror.

Otra característica de esta ansiedad se refiere al origen. En niños neuróticos, la ansiedad puede ser producida por la desobediencia de una regla social, o bien, o por la anticipación de la humillación o el castigo; la ansiedad en los niños borderline tiene sus raíces en miedos tan primitivos como la autoaniquilación, la mutilación del cuerpo, las catástrofes etc. Estos temores tienen como consecuencia una conducta de tipo neurótica que intenta compensar la ansiedad. La mayoría de las veces inútilmente.

- \* Contenido y procesos del pensamiento: La escala en la ansiedad descrita anteriormente es característica de los niños borderline y coincide con algunos rasgos cognoscitivos.

Ellos exhiben un excesivo flujo de pensamiento, sin una propia ni adecuada distinción entre fantasía y realidad; esto resulta como una constante intrusión de la fantasía en las relaciones de día a día. Estos niños no forman delirios sistemantizados con distorsiones relativamente permanentes, sin embargo, presentan un pensamiento bizarro cuando se encuentran bajo un incremento de stress.

Son capaces de comunicar sus preocupaciones psicóticas en una forma realista. En términos psicoanalíticos: son capaces de expresar material del proceso primario en una forma de proceso secundario.

Estos niños son incapaces de controlar la progresión de su pensamiento de temas más naturales a aquellos de mutilación y muerte. Como resultado, se pueden volver marcadamente constreñidos en su forma de pensar y/o jugar.

Pueden reiteradamente jugar a una determinada secuencia, o bien repetidamente querer evitar un determinado tópico.

Esta característica puede afectar desfavorablemente su rendimiento práctico y su desempeño escolar, de tal forma, que a pesar de ser niños inteligentes están frecuentemente atrasados en habilidades académicas y actividades sociales.

Usualmente muestran una marcada disparidad entre conocimientos abstractos y poco conocidos (por ejemplo, geografía, astrofísica, paleontología, etc) y conocimientos prácticos y cotidiano.

- \* Los niños borderline manifiestan una variedad de defectos cognoscitivos heterogéneos, que si bien es cierto no reúnen los requisitos para conformar un cuadro clínico específico, bien podría señalar algún residuo de problemas orgánicos: entre estos defectos se podría señalar una seria dificultad para el aprendizaje incluyendo problemas para centrar la atención y una baja en sus habilidades percepto-motoras.
- \* Relaciones con otros: Esta área de funcionamiento es un verdadero reflejo de la severidad de la patología del trastorno borderline; se ha considerado base para las interpretaciones psicoanalíticas. El amplio grado de desorden se manifiesta en el modo en que el niño borderline establece sus relaciones interpersonales. Autores como Frijlin-Schreuder (1970) y Mahler (1977) han concluido que estos niños se encuentran fijados en la etapa simbiótica del desarrollo.

Anna Freud indicó que estos niños buscan a otros como "objetos satisfactoros de necesidades", dicha forma se asemeja a un estado de desarrollo anterior en la maduración psicológica.

Rosenfeld y Sprince (1963) delinearon el conflicto básico con los niños borderline como un deseo de fusionarse con un otro al cual se le quiere y confía, sin embargo, simultaneamente, surge el miedo de que esta mezcla psicológica resulte en la pérdida del Self. Estos autores han considerado que la forma de relacionarse es el resultado de este deseo/temor.

Así, otros autores como Ekstein y Wallerstein (1954) consideraban que las fluctuaciones en el nivel de funcionamiento del niño seguía a las fluctuaciones de las relaciones con los otros.

Se ha observado también (Bemporad, et al. 1982) que el marcado grado de desorden en la relación con otros podría fluctuar entre extremos, de una sociabilidad superficial a un rechazo significativo.

Algunos niños manifiestan cierto agrado y se muestran amistosos en el principio, cuando aún no se profundiza en la relación; se muestran confundidos y enojados cuando se prolonga la relación por más tiempo. Estos niños pueden substituir una persona por otra muy fácilmente sin importar las características personales, siempre y cuando las necesidades propias se vean cubiertas.

Muestran una extremada necesidad de reaseguramiento, apoyo y organización interna, sin embargo, no son selectivos en elegir las herramientas para lograrlo.

Estos niños han sido descritos con una personalidad "como si", asumiendo este rol como muestra de aceptación y de resguardo emocional.

Otros imitan el comportamiento con una conducta distanciada y de seguimiento, abandonando ésta imitación si los resultados conforme a sus demandas, no se ven satisfechas.

Un agudo contraste con estos modelos de interrelación con adultos, es el que se observa con sus pares; son toscos y violentos con niños pequeños, son temerosos con niños de su misma edad.

Cuando están en un grupo tienden a aislarse, a ser rechazantes y a mostrarse celosos por la atención de un adulto, pudiendo tener episodios de rabia y lastimarse o lastimar a otros. Esta discrepancia entre el comportamiento con adultos y con sus iguales hace difíciles los reportes y por lo tanto el diagnóstico.

- \* Falta de Control: los niños borderline tienen dificultad en controlar su enojo, en posponer su gratificación; experiencias de frustración rápidamente conducen a berrinches, a temperamentos frenéticos y a hiperactividad. Los conlleva fácilmente a un estado de pánico con muy poca provocación. Encuentran serias dificultades para modular la estimulación del exterior y la excitación inherente.

Algunos niños son especialmente sensibles a la tensión de su propia familia y responden con una actitud inapropiada, muy seguido se vuelven blanco de la tensión familiar.

Muy a menudo muestran un proclivaje de transformar ansiedad en acción, ésto es, por ejemplo que ante un incremento excesivo de ansiedad, pudieran correr alrededor sin ningún sentido, romper objetos o lastimarse ellos mismos.

Esta incapacidad de controlar excitación interna y externa, puede consistir en un defecto orgánico, o en una falta de entrenamiento en manejar estimulación adversa o de excitación<sup>1</sup>.

1 Cfr. Bemporad, et al. 1982

## SINTOMAS ASOCIADOS

Estos síntomas que presentan algunos niños borderline no caen en una sola categoría de funcionamiento general, ya que además existen problemas adicionales que consisten en un bajo nivel social, incapacidad para aprender de la propia experiencia, baja autoestima, y falta de confianza así como una habilidad inconsistente para adaptarse a nuevas situaciones.

Otros niños pueden mostrar síntomas neurológicos, tales como la hiperactividad, signos blandos y una pobre concentración.

Algunos otros muestran lo que mejor sería llamado una "disparidad en el desarrollo" tales como habilidades precoces de algunas áreas, funciones de edad propia y un retardo difundido en otras.

Esta fluctuación existente entre niveles altos y bajos de funcionamiento es casi patognomónica del desorden, sin embargo, aún así, es difícil discernir entre los síntomas generalizados específicos, ya que la muestra varía en cada niño.

Esta característica puede ser tomada como un paradigma del cuadro clínico de los niños borderline, existe una variación superficial de los síntomas, de tal manera que la totalidad deberá ser considerada al efectuar el diagnóstico. Estos niños pueden variar en el grado de desorden de áreas específicas, sin embargo, todos estos niños tienen algún grado de desviación en cada área. (ver anexo).

## ETIOLOGIA

La lentitud del acopio, procesamiento e interpretación de la información, así como la desuniformidad en el establecimiento de criterios diagnósticos, ha dado como consecuencia un relativo desconocimiento acerca de la etiología y curso clínico del síndrome borderline en niños. Esta dificultad ha entorpecido la investigación al respecto.

Con base en la literatura revisada, se podría mencionar que existen cuatro modelos fundamentales que intentan explicar la etiología del desorden fronterizo; estos modelos son a su vez base para otros modelos derivados, sin embargo, es importante no olvidar que cualquiera de éstos contempla la diversidad de síntomas y grados de manifestación para el establecimiento conceptual. Todos estos modelos son multifactoriales y sería erróneo suponer que están basados en un solo elemento.

Los modelos fundamentales son entonces:

- I.El modelo constitucional.
- II.El modelo biológico/orgánico.
- III.El modelo psicodinámico.
- IV.El modelo social.

### **I.El Modelo Constitucional.**

Recientemente se ha enfatizado la controversia acerca del juego que se da entre aspectos ambientales y constitucionales para el desarrollo de una personalidad borderline.

Autores como Kallman (1971) y Fischer (1973) entre otros, han descrito los factores hereditarios como un rasgo predominante en la etiología del trastorno fronterizo.

Sin embargo, estos investigadores fallaron al no poder probar ninguna evidencia clara de los factores constitucionales de la etiología del síndrome.

Torgersen en 1984 demostró en estudios realizados con gemelos monocigotos y dicigotos que hay mayor concordancia para el desarrollo de la personalidad borderline en los gemelos dicigotos que en los monocigotos, con lo cual, parecería estar implícito que los factores genéticos no son importantes en la etiología de éste trastorno.

Así mismo, estos autores señalan que aunado a una "predisposición genética" se encuentran los factores medio-ambientales, en donde predominan las familias llamadas "borderígena", (familia que genera y promueve hacia un trastorno fronterizo).

Gunderson (1981) ha concluido que parecería existir una combinación de factores: por un lado, una vulnerabilidad biofisiológica, y traumas tempranos que encaminan el desarrollo de una personalidad borderline. Por el otro, se propone una familia que enferma.

Acorde a este modelo, los niños constitucionalmente vulnerables, que son expuestos a un medio ambiente afectivamente pobre, probablemente desarrollarán un trastorno fronterizo de personalidad; de igual forma, los niños constitucionalmente

vulnerables inmersos en una estructura familiar más sana, y en un ambiente protector más seguro, podrían desarrollar una personalidad menos enferma.

Kendler y Eaves (1987) demostraron que la relación que se guarda entre el genotipo y el ambiente es determinante para la solidez o fragilidad de la personalidad, pudiendo o no conllevar a la patología.

Corroborando lo mencionado anteriormente por Gunderson, estos autores afirmaron que puede haber un control genético en sensibilidad al ambiente. Así se ha demostrado que la combinación de "irritabilidad constitucional" en el niño y un ambiente inadecuado, da como resultado un vínculo materno-infantil inseguro, se crean niños más ansiosos, más inseguros y más susceptibles a la separación de su madre.

Este modelo, donde se combina la sensibilidad inherente del niño con un entorno inadecuado como base, para formar un cuadro psicopatológico, fue primeramente descrito por S. Freud, quien expuso que el niño está expuesto a una infinidad de estímulos tanto internos como externos. En su calidad de inmaduro, el niño es incapaz de entender y evitar estos estímulos, pudiéndole resultar una situación difícil, es entonces cuando la madre hace función de escudo, protegiendo al niño de estímulos que pudieran resultarle exagerados.

Esta barrera materna de protección resultaría trascendental si el niño tuviera una sensibilidad inherente enfatizada.

Se afirma entonces, que bebés que son constitucionalmente más irritables, necesitan madres con una capacidad protectora mayor.

Hoffman y Frank (1987), exponen que la sensibilidad es originalmente constitucional. En esta línea de razonamiento, se plantea la hipótesis que una sensibilidad constitucional en combinación con la negligencia de ambos padres, lo que podría conducir al desarrollo de un trastorno fronterizo de personalidad. Estos autores señalan que la hipersensibilidad se relaciona con factores no verbales; donde la vulnerabilidad constitucional pudiera estar operando.

## **II.El Modelo Biológico/Orgánico.**

Un segundo modelo, explica que un déficit de algún factor orgánico y fisiológico pudiera estar predisponiendo al desarrollo de una personalidad borderline. Factores tales como una inmadurez neurológica, la dificultad para interpretar estímulos sensoriales, etc. Un pilar deficitario podría afectar otras esferas: una dotación de base sobre la cual se irá desarrollando una organización particular de relación y calidad de vida. Los trastornos en la dotación de base modificarían las estructuras subsiguientes, siendo entonces el organismo incapaz de analizar adecuadamente los estímulos exteriores e interiores, y de organizar mecanismos de homeostasis.

### III.El Modelo Psicodinámico.

El tercer modelo, llamado psicodinámico, trata sobre el temprano vínculo afectivo materno-infantil. El contacto primario con la madre como organizador psíquico del infante.

Son exponentes de este modelo autores como S. Freud, M.Mahler, Anna Freud, Melanie Klein, Lebovici, Diatkine, Kernberg, Sprice y Rosenfeld, Singer y Bowlby entre otros.

Dado que el presente estudio está basado principalmente en este modelo se encontrará más ampliamente desarrollado en el capítulo de fundamentos teóricos.

### IV.El Modelo Social.

El último modelo, el social, trata el problema de la interacción entre padres enfermos que a su vez enferman a sus hijos. Tal como lo indicaron Persson, Blenow y Naslund (1986) y McNeil (1988), aquellas madres que han tenido una estructura mórbida de la personalidad durante el embarazo, nacimiento e infancia temprana de sus hijos, transmiten más ansiedad y muestran una conducta más violenta hacia ellos, siendo incapaces de contenerlos y tranquilizarlos. Esto tendría como consecuencia que los hijos aprenden un patrón de vida, un estilo particular de formas de reacción, predisponiendo entonces a una estructura enferma de la personalidad.

Este modelo engloba también a la enfermedad como producto de una sociedad enferma, en donde para "ajustarse" hay que aprender tanto lo que la familia enseña como lo que la sociedad exige.

Theodor Lidz (1975, 1983), consideraba que la familia es el maestro primario de la interacción social y de la reactividad emocional. Más que una educación formal, enseña por la vía de la comunicación no-verbal la transmisión de valores.

Las fuentes de identificación del niño y su autoestima, derivan de la familia y de la marcada influencia en el desarrollo de patrones de funcionamiento simbólico.

Así mismo, el niño está también expuesto a las interpretaciones de los padres acerca de la realidad y a la forma en que éstos se las comunicuen. La lucha de estos padres para preservar su propia integración, los conduce a limitar marcadamente su entorno, con preconceptiones rígidas acerca de la forma de cómo las cosas "deben de ser".

Este funcionamiento surge de equilibrio precario de los padres y de su dificultad para manejar los cambios.

Las delimitaciones de los padres con respecto a su entorno y a la percepción de eventos para satisfacer sus necesidades, conlleva a un "enrarecimiento de la atmósfera familiar" en la cual los niños deben de ubicarse, a costa de lo que sea, con tal de no sentirse no-deseados. A menudo los niños renuncian a sus propios deseos en función de apoyar al padre que necesiten. Los hechos entonces son frecuentemente distorsionados, y el pensamiento deberá tomar otra dirección con el fin de sentirse adaptado al entorno familiar. En ocasiones el entorno lleva a la irracionalidad.

Según Lidz, hay padres que parecen ser incapaces de sentir o escuchar las necesidades emocionales de los niños; los oyen pero no los escuchan realmente, les hablan, pero no necesariamente les comunican. Estos padres no pueden considerar

nada que no se ajuste a su propio sistema de autoprotección; como Bowen et al. (1975) notaron, estos padres sólo pueden responderle al niño en término de sus propias necesidades desplazadas al niño; esto conlleva a un patrón de interacciones mal adaptativas.

Otro factor que también confunde son las situaciones de "enmascaramiento"; la comunicación en estas familias se lleva a cabo cuando uno o los dos padres "cancelan" la situación de desorden, niegan que tenga un cierto grado de autocepción y pretenden que no existe ni para uno ni para los otros; implica negación conciente e inconsciente. A pesar de que todas las familias "normales" tienen cierto grado de "enmascaramiento", hay grados y grados para poder lidiar con una percepción orientada con la realidad. Los niños que crecen en estas familias, crecen con un sentimiento de que algo anda mal y crecen mal orientados con la realidad (se puede engañar a los otros, pero, a uno mismo?).

La familia no es una simple colección de individuos, posee una vida, una entidad dinámica y una estructura propia. La acción de cualquier miembro afecta al resto de la familia, produciendo acciones y contracciones que cambian el equilibrio familiar.

Los niños que crecen en familias borderógenas, asimilan las formas de pensamiento y comunicación de éstas, así como las formas de interrelación y de características parentales que se internalizan. La autoestima se ve afectada por la posición familiar en la sociedad y la manera en que otros se relacionan con el miembro representativo de su familia. En resumen, la familia es un sistema social, nuclear como bloque fundamental de la sociedad, que propicia la base del entrenamiento del cual el niño toma instrumental cultural y lo sitúa en determinadas bases de su desarrollo.

Al revisar estos cuatro modelos, se abren entonces las interrogantes que han generado infinidad de cuestiones aún pendientes de solucionar:

Es solamente la carga genética la que predispone la sensibilidad constitucional facilitando con ésto un proclivaje hacia el trastorno fronterizo? o bien, es la falla fisiológica la cual marca con un déficit la estructura orgánica y equipa de una forma menos eficaz al infante, de tal forma que no tenga la suficiente capacidad para percibir los estímulos, interpretarlos y almacenarlos de una forma adecuada?. Esta misma dificultad orgánica pudiera en su momento, impedirle inhibir la fuente de estimulación que le resultara exagerada. Y si la madre no le protegiera de esta sobre-estimulación?

No se debe de olvidar el contacto primario con la madre y la capacidad de ésta para orientar y organizar psíquicamente al infante en su posición de confusión; se plantea entonces como aquellos niños que no tuvieron un adecuado maternaje (en cuanto la calidad) no serán capaces de diferenciarse de la madre y de funcionar independientemente de ésta. La madre como facilitadora del proceso de separación-individuación; la madre como aquella que da un lugar y que permite que su hijo lo ocupe, y que en los trastornos borderline no funciona como tal.

Por otro lado, el entorno inmediato de estos niños se encuentra muchas veces matizado por características familiares difíciles, tanto en el entorno familiar inmediato como el contexto social. La familia se encuentra estructurada la mayoría de las veces de

una forma disfuncional, donde el hijo enfermo viene a ocupar un lugar de síntoma, es aquel que manifiesta una patología familiar.

En resumen, resulta sumamente difícil establecer una etiología monofactorial. El síndrome borderline en la infancia es el resultado de etiologías multifactoriales, que lejos de ser excluyentes entre sí, son complementarias, parecería que un solo factor no desencadena el trastorno. Con esto queda claro que datos de inmadurez neurológica solamente no facilitan el desarrollo del síndrome, de igual forma que la inconsistencia en la calidad de maternaje por sí sola, no es proclive para la consolidación del trastorno; podrá tal vez conformar algún otro cuadro clínico, pero para el desarrollo del síndrome fronterizo se requiere un momento familiar específico, así como una particular estructura de personalidad de la madre, aunado a factores constitucionales de alto riesgo.

Por todo lo mencionado se concluye que UN SOLO factor no es predisponente; el síndrome borderline en la infancia es el resultado de etiologías multifactoriales que incluyen organicidad, privación materna temprana, socialización y exposición constante a un entorno caótico.

## **TERCERA PARTE: METODOLOGIA**

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La literatura revisada hace constantes referencias a "fallas cognoscitivas" que presentan los niños borderline y que pueden ser: dificultad en la capacidad de atención y concentración, dificultad en la capacidad de análisis y síntesis, dificultad en aplicar la experiencia adquirida en una situación conflictiva presente, dificultad en la organización visual, dificultad en la capacidad para encontrar relaciones causa-efecto, dificultad en la orientación perceptiva espacio-temporal, dificultad en el manejo de símbolos establecidos, dificultad en la capacidad de abstracción. El presente estudio pretende encontrar en qué áreas específicas de funcionamiento se encuentran fallas y/o diferencias con los niños considerados normales.

Si bien es cierto los niños borderline presentan dificultad en algunas funciones yóicas, ¿cuáles en específico se manifestarán al aplicarles la Escala de Inteligencia Wechsler para niños WISC-R y qué diferencia hay en cuanto al funcionamiento con los niños considerados normales?. Se plantea la hipótesis que los niños del grupo experimental puntuarán más bajo en la escala total de Inteligencia, NO por ser menos inteligentes, sino porque se encuentran funcionando de una forma tal, que no pueden utilizar al máximo sus habilidades cognoscitivas. Se espera que la inteligencia en sí no presente mucha variabilidad, sino que la calidad de ésta sí se vea afectada por el funcionamiento particular de ambos grupos. Se espera que tengan algunas fallas perceptuales, se espera así mismo que su atención y concentración esté disminuída así como se espera encontrar respuestas impulsivas.

Si bien en la literatura revisada (Singer, M. 1960, Rosenfeld y Sprince, 1963, Bemborad et al. 1982, Noshpitz, R. 1987, Pfefferbaum, et al. 1990) se plantea que estos niños tienen fallas en la percepción de la realidad y que los contactos con ésta no llegan a ser psicóticos, ¿qué diferencias hay en las respuestas del Rorschach en cuanto al contenido entre los niños borderline y los considerados normales?, se plantea la hipótesis que el contenido de las respuestas de los niños borderline tiene una carga ansiosa muy fuerte, fantasías de aniquilación y un temor muy fuerte a la separación. Se espera encontrar en los niños normales respuestas de contenido más variado y con puntos que hagan mención a una estructura de personalidad más consolidada. Se espera encontrar en las respuestas de los niños borderline intrusión del proceso primario y respuestas desestructuradas.

Se plantea como hipótesis general que sí hay diferencia entre ambos grupo en cada una de las siguientes áreas: funciones yóicas: capacidad de percepción, capacidad de análisis, capacidad de síntesis, atención y concentración.

Se plantea también que sí hay diferencia en cuanto a las respuestas obtenidas en el protocolo de Rorschach y que el contenido de las respuestas de los niños borderline gira en torno a la incapacidad de separación-individuación, así como una ansiedad generalizada y temor a sentirse aniquilado. Se supone también que las respuestas se ven matizadas por un incremento en la ansiedad, diferente a los niños considerados normales, que pudiera tener fantasías de destrucción, se espera también encontrar un mayor número de respuestas de contenido agresivo.

Se plantea de una forma muy general que los niños borderline tuvieron una difícil relación con sus madres, la cual no brindó el suficiente apoyo para lograr un óptimo proceso de separación-individuación. Se plantea que estos niños provienen de medios carentes de estimulación afectiva y que sus vidas han estado marcadas por eventos desafortunados.

Por todo lo mencionado anteriormente se derivan cuatro hipótesis de trabajo:

**H<sub>0</sub>** = No hay diferencia significativa entre los niños del grupo control y del grupo borderline con respecto al funcionamiento intelectual.

**H<sub>1</sub>** = Sí hay diferencia significativa entre los niños del grupo control y los niños del grupo borderline con respecto al funcionamiento intelectual.

**H<sub>0</sub>** = No hay diferencia significativa entre el grupo control y el grupo borderline en cuanto la organización de su personalidad.

**H<sub>1</sub>** = Sí hay diferencia significativa entre el grupo control y el grupo borderline en cuanto la organización de su personalidad.

**H<sub>0</sub>** = No hay diferencia cualitativa entre el grupo control y el grupo borderline en cuanto la historia temprana de la relación materno-infantil.

**H<sub>1</sub>** = Sí hay diferencia cualitativa entre el grupo control y el grupo borderline en cuanto la historia temprana de la relación materno-infantil.

**H<sub>0</sub>** = No hay diferencia cualitativa entre el grupo control y el grupo borderline en cuanto al proceso de separación-individuación.

**H<sub>1</sub>** = Sí hay diferencia cualitativa entre el grupo control y el grupo borderline en cuanto al proceso de separación-individuación.

## **Definición Conceptual.**

- **Borderline:** Se refiere al trastorno en el desarrollo que teóricamente se sitúa entre la neurosis y la psicosis, y que clínicamente presenta sintomatología característica como ansiedad difusa y generalizada, pensamiento bizarro, dificultad para entablar relaciones interpersonales, incapacidad para funcionar conforme a lo esperado cronológicamente, así como un pobre control de impulsos. Este cuadro pudiera variar en cuanto el grado de manifestación clínica.

**Funcionamiento Intelectual:** Se refiere a la forma cómo el sujeto se desempeña en su medio teniendo como base la inteligencia.

Se entiende que la inteligencia engloba factores diversos como la comprensión verbal, la fluidez verbal, la capacidad de manejar conceptos numéricos, la habilidad de encontrar y visualizar relaciones espaciales, la capacidad de memoria auditiva, la velocidad perceptual así como el razonamiento general.

- **Organización de Personalidad:** Se refiere a la forma en que se hayan dispuestos en su totalidad los rasgos de un individuo tanto en su comportamiento como en su pensamiento. La personalidad es consistente y característica. Psicoanalíticamente hablando se constituye tanto por factores internos y externos, como por la temprana forma y calidad de la relación materno-infantil. El grado de organización dependerá en gran medida de la etapa de desarrollo, y se relaciona directamente con el funcionamiento del aparato psíquico; en las defensas que utilice y la efectividad de éstas, en el control pulsional, en la tolerancia a la demora y en la forma como se establezcan las relaciones objetales.
- **Separación - Individuación:** Proceso descrito por Mahler que abarca aproximadamente de los 18 meses a los tres años de edad y que se da por un lado con la capacidad de locomoción del niño, y por el otro, por el establecimiento de una identidad individual y de un concepto de Sí mismo.
- **Relación Materno-Infantil:** Se refiere a la calidad en el maternaje propiciado por la madre o tutora con el menor. Esta temprana relación es base para el desarrollo de la personalidad. La madre como orientadora y organizadora psíquica de su hijo.

## **Sujetos.**

Los sujetos que participaron en este estudio fueron seis niños mexicanos de entre seis y 13 años elegidos de la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" en el lapso que comprende de julio de 1988 a diciembre de 1991.

Estos niños fueron reportados de difícil manejo, con dificultad en las relaciones interpersonales, provenientes de familias desintegradas o disfuncionales, que tuvieran una historia de maltrato, abuso o abandono; que tuvieran un bajo rendimiento escolar o que no asistieran a la escuela; que tuvieran momentos de ira incontrolable, así como un pobre control de impulsos.

Ninguno de los sujetos padecía de alguna otra enfermedad crónica o aguda. Ninguno se encontraba hospitalizado. Este grupo se denominó grupo experimental, grupo borderline o grupo A.

Se estudió también a un grupo de niños control, grupo B. Que comprendía un igual número de niños del grupo experimental, elegidos por correspondencia uno a uno. Esta muestra se obtuvo de escuelas primarias públicas regulares.

El tamaño de la muestra es pequeño por cuestiones de epidemiología e incidencia.

## **Material.**

### **a. Escala de Inteligencia Wechsler para Niños WISC-R.**

Esta escala consta de dos partes, una verbal y una ejecutiva. Se obtiene un C.I. Verbal, un C.I. Ejecutivo y un C.I. Total. Esta escala está actualmente revisada y estandarizada para niños mexicanos (1974).

Consta de 12 subtest, de los cuales si bien es cierto que se obtiene un puntaje cuantitativo, sirve también para conocer cualitativamente algunas funciones y habilidades cognitivas como son: información general, capacidad de juicio lógico, capacidad de utilizar conceptos numéricos, pensamiento asociativo, abstracto, concreto y funcional; capacidad de aprendizaje, calidad y estructura del lenguaje; atención y concentración, capacidad de organización visual; capacidad de anticipación y planeación; capacidad de análisis y síntesis, coordinación visomotora, velocidad psicomotriz, entre otras.

La forma de calificación está establecida para cada subtest y las puntuaciones obtenidas se transforman en puntuaciones normalizadas para el grupo de edad al cual corresponda el sujeto.

#### **b. Test de Rorschach.**

Es una prueba proyectiva que consta de 10 láminas con manchas (casi simétricas). La forma de presentación es ordenada sirviendo ésta como estímulo para las asociaciones (y proyecciones). Cinco de estas láminas son blanco-negro, consideradas acromáticas; en las cinco restantes se incluye color, llamadas cromáticas.

Se mantiene un registro de todos los comentarios y respuestas que el sujeto emita, tanto durante la fase de respuestas como durante el interrogatorio.

Esta prueba es una útil medida diagnóstica que explora las formas de reacción del individuo ante diversos estímulos (y situaciones relacionadas con su vida psíquica y su forma de relación). La forma que se utilizó para calificar fue la de Klopfer y se procedió tanto cuantitativa como cualitativamente.

#### **c. Entrevista Semiestructurada.**

Fue diseñada especialmente para la presente investigación, consta de 115 reactivos los cuales intentan explorar por medio de preguntas dirigidas la calidad en la temprana relación materno-infantil.

Este cuestionario abarca tanto aspectos concretos de la vida cotidiana como algunos más abstractos. Es aplicado de forma verbal y está dirigido a las madre o a las personas que estuvieron a cargo de los niños durante su infancia. (Ver anexo 1)

#### **d. Criterio Diagnóstico para Niños Borderline de Bemporad, et al. (1982).**

Esta guía diagnóstica se ha usado ampliamente en Norteamérica para diferenciar niños psicóticos, neuróticos, borderline y normales. Abarca las siguientes esferas de la personalidad: fluctuación en el funcionamiento; ansiedad, trastornos en el contenido del pensamiento, rendimiento escolar, trastorno en las relaciones interpersonales, control afectivo, control motor. Cada uno de estos aspectos se específica y se subdivide en apartados. Este criterio se utiliza puntuando ausente-presente y se espera que en los niños borderline puntúe cuando menos un punto en cada aspecto general. (ver anexo 2).

#### **e. Listado de Síntomas Asociados.**

Inventario diseñado especialmente para esta investigación. Fue conformado tanto de la bibliografía revisada así como de datos que repetidamente aparecían en la

historia de estos niños. La finalidad de este inventario es explorar qué eventos en la historia de estos niños aparecen más frecuentemente, así como cuáles son los síntomas más frecuentemente manifestados.(ver anexo 3).

#### **f. Expediente Clínico.**

Se cuenta también con un expediente clínico de cada uno de los pacientes, conformado desde el primer contacto del niño con la Institución.

La utilidad de este expediente es la de conocer datos de la historia de desarrollo de estos niños, que las madres pueden haber olvidado.

### **Procedimiento.**

Los sujetos experimentales se eligieron de la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" conforme a los criterios de inclusión anteriormente mencionados (ver sujetos). Una vez conformada esta muestra se procedió a aplicarles el Criterio Diagnóstico para niños borderline de Bemporad et al.(ver anexo 2). Sólo aquellos niños que cumplan con el requisito de tener presente cuando menos un punto en cada área siguieron dentro del estudio, ya que se consideraban, según este criterio como niños borderline, aquellos niños que no cumplieron con las características de este criterio diagnóstico, fueron excluidos de la muestra.

Se procedió a pedir el consentimiento de los padres o tutores explicándoles brevemente en qué consistiría la investigación, de aceptar se procedió a citar subsecuentemente a los niños de tal manera que se aplicara la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños WISC-R y posteriormente la Prueba de Rorschach. Una vez finalizada la parte de evaluación con el niño, se entrevistó a la madre/tutor teniendo como base el cuestionario diseñado para este fin. Cabe mencionar que durante estas entrevistas se registraban tanto las conductas verbales como las no verbales.

Al grupo control se le aplicaron las mismas pruebas y en el mismo orden; las entrevistas con las madres/tutores se llevó a cabo en salones de las escuelas de donde se extrajo el grupo control.

Una vez obtenidas las respuestas se procedió a calificarlas conforme a los criterios establecidos por cada autor. Se analizaron tanto cuantitativa como cualitativamente.

Se les dió primeramente un tratamiento estadístico por medio de la prueba t-test o t de Student, ya que se consideró que la muestra es "anormal" estadísticamente hablando (en el sentido que no está considerado dentro de la normalidad estadística).

También se llevó a cabo un tratamiento estadístico con las respuestas obtenidas en la entrevista semiestructurada para madres, así como con el listado de Síntomas Asociados. Este manejo comprendió el análisis de frecuencias. Los resultados de la prueba de Rorschach se analizaron cualitativamente.

Cada uno de los niños se analizó conforme a su ejecución individual para posteriormente compararlo tanto con otros niños de su mismo grupo, así como con lo esperado.

**Los resultados se presentan en tablas y figuras con el fin de facilitar su comprensión.**

**Se presenta también una viñeta clínica de un caso del grupo experimental, fue elegido porque representa lo mencionado a lo largo de esta investigación.**

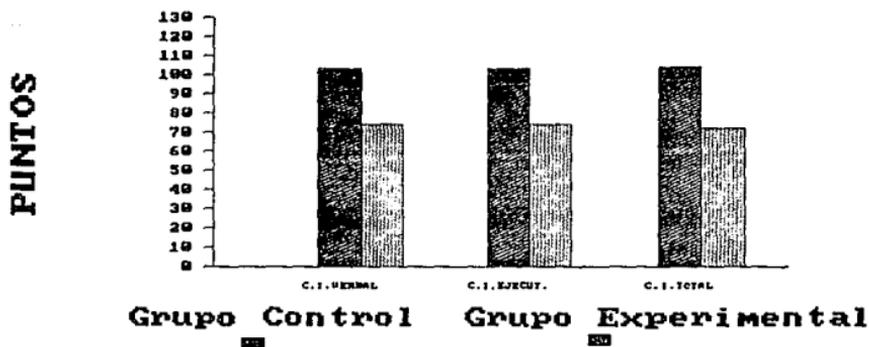
## **CUARTA PARTE: RESULTADOS**

## **TABLAS Y FIGURAS.**

**A continuación se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio. Para facilitar la comprensión se dispusieron en tablas y figuras.**



Figura 2

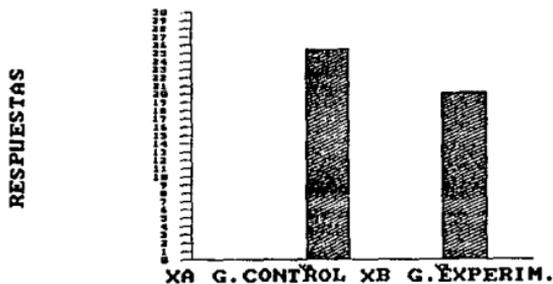


2. Puntajes del C.I. Verbal, el C.I. Ejecutivo y el C.I. Total obtenidos en el WISC-R.

**FIGURA 3**

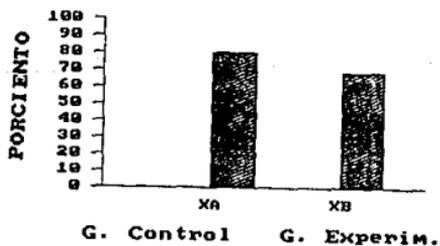
WISC-R	$\bar{x}_A$	$\bar{x}_B$	g.l.	H <sub>b</sub>	H <sub>1</sub>	$\alpha .05$	$\alpha .001$	t=
INFORMACION	9.16	3.33	10		X	X		2.61
SEMEJANZAS	9.33	6.50	10	X				.960
ARITMETICA	10.833	3.833	10		X		X	4.77
VOCABULARIO	11.167	6.667	10	X				2.08
COMPRESION	11.33	8.5	10	X				1.06
RETENCION DE DIGITOS	6.5	5.66	10	X				.392
FIGURAS INCOMPLETAS	10.167	7	10		X	X		2.313
ORDENACION DE DIBUJOS	11.83	6	10		X	X		2.87
CUBOS	11.50	6.167	10		X	X		2.61
COMP. DE OBJETOS	9	5.83	10	X				1.73
CLAVES	10.66	5.33	10		X	X		2.77
LABERINTOS	10.66	6	10		X	X		2.49
C.I. VERBAL	103.8	74	10		X	X		2.66
C.I. EJECUCION	103.83	74	10		X	X		2.89
C.I. TOTAL	104	71.8	10		X	X		2.99

Tabla 1



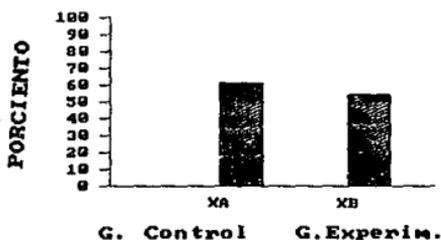
Total de respuestas en la prueba de Rorschach.

Tabla 2



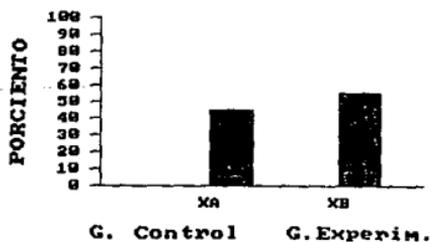
Total de F% percibido en la prueba de Rorschach.

Tabla 3



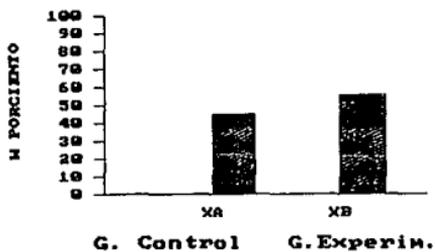
Total de A% percibido en la prueba de Rorschach.

Tabla 4



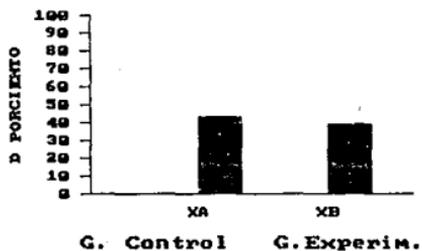
Número de respuestas populares en la prueba de Rorschach

Tabla 5



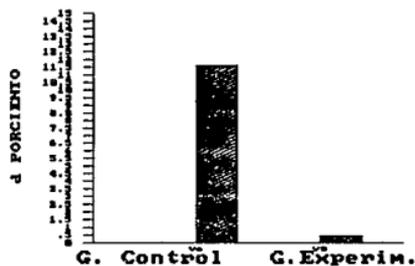
Total de W% percibido en la prueba de Rorschach.

Tabla 6



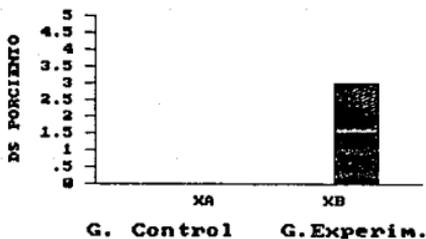
Total de D% percibido en la prueba de Rorschach.

Tabla 7



Total de d% percibido en la prueba de Rorschach.

Tabla 8



Total de DS% percibido en la prueba de Rorschach.

## RESULTADOS.

### RESULTADOS DE LA PRUEBA DEL WISC-R.

Con base en los resultados obtenidos en la escala de Inteligencia Wechsler para niños revisada WISC-R, se observa que:

- 1.- En el subtest de información hay una diferencia significativa ( $\alpha = .05$ ) entre el grupo control y el grupo de niños borderline, por lo tanto se acepta  $H_1$ .
- 2.- En el subtest de semejanzas nos encontramos que no hay diferencia significativa entre el grupo control y el grupo borderline, por lo que se acepta  $H_0$  y se rechaza  $H_1$ .
- 3.- En el subtest de aritmética nos encontramos que hay una diferencia significativa ( $\alpha = .001$ ) entre las medias del grupo control y el grupo borderline, por lo que se acepta  $H_1$ .
- 4.- En el subtest de vocabulario, no se encuentra diferencia significativa entre las medias de los grupos control y borderline, por lo que se acepta  $H_0$ .
- 5.- En el subtest de comprensión, observamos que no hay diferencia significativa entre las medias del grupo control y el grupo borderline, por lo que se acepta  $H_0$ .
- 6.- En el subtest de retención de dígitos, nos encontramos con que no hay diferencia significativa entre el grupo control y el grupo borderline, por lo que se acepta  $H_0$ .
- 7.- En el subtest de figuras incompletas, los resultados obtenidos indican que sí hay diferencia significativa ( $\alpha = .05$ ) entre las medias del grupo control y el grupo borderline, por lo que se acepta  $H_1$ .
- 8.- En el subtest de ordenación de dibujos, encontramos que sí hay diferencia significativa a un nivel de  $\alpha = .05$  entre la media del grupo control y del grupo borderline, por lo que se acepta  $H_1$ .
- 9.- En el subtest de cubos, los resultados obtenidos indican que sí hay diferencia significativa ( $\alpha = .05$ ) entre las medias del grupo control y del grupo borderline, por lo que se acepta  $H_1$ .
- 10.- En el subtest de composición de objetos, encontramos que no hay diferencia significativa entre la media del grupo control y del grupo borderline, por lo que se acepta  $H_0$ .
- 11.- En el subtest de claves, los resultados obtenidos, nos indican que sí hay diferencia significativa entre las medias del grupo control y del grupo borderline a un nivel  $\alpha = .05$ , por lo que se acepta  $H_1$ .
- 12.- En el subtest de laberintos, los resultados indican que sí hay diferencia significativa ( $\alpha = .05$ ) entre las medias del grupo control y del grupo borderline, por lo que se acepta  $H_1$ .
- 13.- Los resultados obtenidos en el C.I. verbal, nos muestran que sí hay diferencia significativa  $\alpha = .05$ , entre las medias del grupo control y del grupo experimental, por lo que se acepta  $H_1$ .
- 14.- Los resultados obtenidos en el C.I. de ejecución, nos muestran que sí hay diferencia significativa un nivel de  $\alpha = .05$  entre las medias del grupo control y las del grupo borderline, por lo que se acepta  $H_1$ .

**15.-Los resultados obtenidos en el C.I. total nos muestran, que sí hay diferencia significativa ( $\alpha = .05$ ) entre las medias del grupo control y del grupo borderline, por lo que se acepta  $H_1$ .**

**Ver Figura 1 y Figura 2.**

## RESULTADOS DE LA PRUEBA DE RORSCHACH.

Dado que la prueba de Rorschach es una prueba proyectiva, el manejo estadístico por medio de la prueba  $t$  ( $t$  de Student), podría dejar de lado el verdadero valor de los resultados. Esta prueba de ejecución típica fue diseñada para conocer aspectos profundos de la personalidad, y dado que la personalidad es exclusivamente individual, no sería válido conocerla por medio de un tratamiento estadístico riguroso; sin embargo, el procedimiento que se siguió fue comparar globalmente ambos grupos para luego analizar cada respuesta de cada sujeto participante.

Con respecto a la prueba de Rorschach y con base en los resultados obtenidos, se derivan las siguientes observaciones:

1. En cuanto a la diferencia del total de respuestas obtenidas en la prueba de Rorschach, el grupo de niños borderline dio un menor número de respuestas con lo cual se acerca más a los resultados obtenidos en otras investigaciones (Ames, L. Metraux, R. et al.).

2. El tiempo total utilizado fue menor en el grupo de los niños borderline, con lo cual se manifestaría que la ejecución en la prueba de Rorschach, es más rápida en este grupo que en el grupo control, esto sin embargo, sobrepasa el tiempo total encontrado en otras investigaciones (Ames, L. Metraux, R. et al.).

3. El tiempo promedio por respuesta es mayor en el grupo de niños borderline, con lo cual se concluiría que este grupo tuvo un tiempo de reacción más lento en las respuestas de todas las láminas en general.

Particularmente, el tiempo promedio por respuesta acromática y cromática, no varió significativamente.

4. F% (Respuestas de Forma %) son mayores en el grupo control; el F% obtenido en el grupo borderline se acerca más a lo hallado en otras investigaciones (Ames, L. Metraux, R. W. et al.), con lo cual se plantean las posibilidades de que los sujetos del grupo control son más rígidos en sus percepciones, o bien, la manera en cómo perciben está más ligada a la figura y se pegan más a lo "concreto", a pesar de tener un pensamiento más abstracto-funcional.

5. Con respecto a la localización se podría concluir que los sujetos participantes en ambos grupos, dieron un total de respuestas globales (W%) muy similar a lo esperado, sin embargo, el grupo de niños borderline dio ligeramente un mayor número de respuestas globales, esto tal vez se explicaría con una mayor tendencia a generalizar o a la fantasía.

Las respuestas de detalle grande D% son igualmente acorde a lo señalado por Ames y Metraux; y el grupo borderline dio ligeramente un menor número de D%.

Sorprende la diferencia de las respuestas de pequeños detalles d%, donde en el grupo control se obtuvo el número de d 5% acorde a lo esperado, y el grupo borderline casi no dio respuestas de detalle pequeño. Esto se corrobora con los resultados del WISC-R, donde los sujetos de este grupo alcanzaron puntuaciones muy bajas en el subtest de figuras incompletas, mostrando una pobre capacidad de observación muy poco interés por pequeños detalles de una totalidad. Asimismo, es de hacer notar que los sujetos de este grupo dieron un mayor número de respuestas de

detalle, de espacio, así como globales confabulatorias, con lo cual se podría concluir que estos sujetos tiene una mayor tendencia a la generalización, y a una más débil estructura yoica que le permita tener un manejo de límites más cercano a la realidad; posiblemente ésto se relaciona con la percepción de Forma (F%), siendo en ocasiones éste grupo menos riguroso inclusive laxo en sus percepciones.

6.-El total de respuestas en las láminas VIII, IX y X, es muy similar en ambos grupos y acorde a lo esperado conforme a otros autores (Klopfer y Davidson, Ames, L. Metraux y Walker), con lo cual se podría afirmar que los sujetos de ambos grupos, reaccionan al color y concluimos que estos sujetos son capaces de reaccionar afectivamente a los estímulos de su entorno.

7.-A diferencia de lo encontrado en otros estudios (Ames, L. Metraux, R. Walker), se encontró una significativa discrepancia en M:EC, con lo que se podría suponer que existe una mayor reactividad de los niños de ambos grupos ante los estímulos del medio circundante. Otras investigaciones, hallaron un mayor porcentaje de M, con lo cual alteraba la relación.

8.-Los sujetos del grupo control dieron un mayor número de respuestas populares, con lo cual se podría suponer, que su percepción y personalidad, se ven más influidas por juicios convencionales que los niños del grupo borderline. Se podría pensar que los niños del grupo control se encuentran más ajustados a lo que se espera de ellos.

Del manejo general de las respuestas, se puede decir que ambos grupos dieron el número esperado de total de respuestas, (ver tabla 1); que el tiempo utilizado fue igualmente acorde a lo esperado en ambos grupos.

Ninguno de los sujetos presentó shock al color.

La forma de percibir y organizar las láminas, fue muy similar en ambos grupos; predominando un alto F% en cada sujeto participante (ver tabla 2).

El total de A% fue similar en ambos grupos, (ver tabla 3), lo que fue diferente fue el análisis de contenido como se explicará más adelante.

El total de respuestas populares fue ligeramente superior en los niños del grupo control. (ver tabla 4)

Con respecto al tipo de enfoque que mostraron estos niños, se puede observar que todos fueron capaces de dar mayor número de respuestas W% (incluyendo W/ cortada), y menor número de D% y d%. Sólo una niña del grupo borderline dio respuestas DW, lo cual se trata en el apartado de Análisis de Contenido. (ver tablas 5,6,7 y 8).

## **CUADRO SINOPTICO DE LA ENTREVISTA A MADRES.**

**A continuación se presentan algunas de las respuestas de las madres cuando se les entrevistó. Para facilitar la comprensión se conformaron dos cuadros sinópticos, el primero son las respuestas de las madres del grupo experimental, el segundo son las respuestas de las madres del grupo control.**

CUADRO SINOPTICO DEL CUESTIONARIO PARA MADRES (RESUMEN)

MAMA DE:  
DAVID M.      CARLOS      ROBERTO      FRANCISCA      ERIK      DAVID P.

CUANDO UD. SUPO QUE ESPERABA UN BEBE, ¿QUE SENTIO?	ME ASUSTE, ME SENTI MUY MAL, MUY ENOJADA.	NO ME ACUERDO, CREO QUE NADA.	BIEN ¿NO? ME DABA PENA.	NO QUERIA, SENTIA INCOMODIDAD	NO ME IMPORTABA.	NO ME ACUERDO.
¿A QUE EDAD, EMPEZO SU HIJO A CAMINAR?	1 <sup>3</sup> /12	1 <sup>6</sup> /12	1 <sup>2</sup> /12	1 <sup>4</sup> /12	1 <sup>3</sup> /12	NO SE...
¿COMO SE SENTIA, CUANDO EL EMPEZO A CAMINAR?	CON MIEDO, PRECUPADA, SE PODIA SALIR.	PRECUPADA.	TENIA QUE ANDARLO CUIDANDO.	MIEDO A QUE SE CAIGA.	ENOJADA, SE IBA...	LO SEGUIA MI HERMANA.
¿UD. TRABAJABA?	SI.	SI, EN LA CASA.	NO	SI, A VECES.	SI	SI
CUANDO UD. SALIA, ¿COMO LO ENCONTRABA CUANDO VOLVIA?	DESCUIDADO, CHILLON, CON HAMBRE, IRRITABLE.	ENOJADO CONMIGO, NO ME HACIA CASO.	CHIQUIADO, LLORABA.	DORMIDA.	ENOJADO, LLORABA.	EN SU MUNDO...
¿COMO SE SENTIA UD. CUANDO LO DEJABA ENCARGADO?	TRISTE, CULPABLE.	MUY PRECUPADA, A LO MEJOR LE PASO ALGO.	PRECUPADA, VOLVIA YO RAPIDO.	PRECUPADA.	PRECUPADA, PERO NO HABIA DE OTRA	BIEN.
SIENTE UD. QUE ALGUN PROBLEMA DE CASA AUMENTO CUANDO SU HIJO ERA BEBE?	SI, TODOS SE ENOJABAN, SE ENCELARON, Y YO TENIA QUE SALIRME A TRABAJAR MAS.	SI, FALTABA DINERO Y TIEMPO.	SI, MI MARIDO CASTI NO VENIA A LA CASA Y CREO QUE ANDABA CON OTRA.	SI, ECONOMICOS.	SI, QUITO LIBERTAD.	NO MUCHO, PORQUE IGUAL HABIA MUCHOS.

MAMA DE:  
DAVID M.

CARLOS

ROBERTO

FRANCISCA

ERIK

DAVID P.

¿COMO ERA LA EPOCA, CUANDO SU HIJO ERA BEBE?	NO ESTABA TRANQUILA, MUY PREOCUPADA, TRABAJABA 3 TURNOS, CAUSABA.	DIFICIL, PORQUE YO TENIA MAS HIJOS.	ENOJADA, PARECIA QUE TENIA QUE ESTAR MAS TIEMPO CON MIS HERMANAS.	MUY ANGIUSTIOSA, SIEMPRE ESTUVO ENFERMA, NO SABIA QUE HACERLE.	ERA MEJOR, PORQUE TRABAJABA Y TENIA MAS DINERO, PERO ERA UN NIÑO Q' NO SE CALMABA.	LO CUIDABA MI SUEGRA O ME LO LLEVABA.
CUANDO SU HIJO SE PORTA MAL, UD. ¿COMO SE SIEN-TE?	PREOCUPADA, NO ME HACE CASO.	MUY ENOJADA.	ENOJADA.	ENOJADA.	PREOCUPADA, NO LO VAYAN A VER...	MAL.
¿QUE MEDIDAS DISCIPLINARIAS ACOSTUMBRABA UTILIZAR?	GRITO, MAMAZO, CASTIGO.	GRITO, PEGO CON EL CINTURON O CHANCLA, LE DEJO DE HABLAR.	LE PEGO, LO IGNORO.	LE GRITO, A PURAS MALGADAS, LA REGAÑO, LE DEJO DE HABLAR.	ES MUY TERCO, LE PEGO A VA-RAZOS.	LE PEGO, LE GRITO O LO DEJO.
¿CUANDO FUE SU HIJO POR PRIMERA VEZ A LA ESCUELA?	4 AÑOS	6 AÑOS	5 AÑOS	4 AÑOS	4-6 AÑOS	4-5 AÑOS
¿COMO SE SENTIA USTED?	MUY PREOCUPADA, INTRANQUILA.	MUY TRISTE, PREOCUPADA, Q' NO LE FUERA A PASAR NADA, DESCONSOLADA.	SOLA. PREOCUPADA.	MUY TRANQUILA.	PREOCUPADA, TRISTE.	PREOCUPADA, QUE NO SE PORTE MAL.
¿QUE REPORTABA EL MAESTRO(A) DE LA ESCUELA?	LLORON, NO SE ESTA QUIETO, SE PELEA, LO DEJABAN CASTIGADO NO APRENDE.	SE PORTA MAL, NO OBEDECE, SE DISTRAE, NO ESTUDIA.	MUY SOLO, NO HACE AMIGOS.	MUY AGRESIVA, MORDIA, DESTROYA, DA BESOS, MUY CURIOSA.	ENJOJON, MUY PEGABA, MORDIA LO CARRIERON NO LO QUERIAN.	SE IBA SOLO A JUGAR, NO APRENDIA.
¿QUE CREE UD., QUE LE PASA A SU HIJO?	SE SIEN-TE SOLO, LE FALTA SU PAPA, YO NO LO CUIDE BIEN, LO DEJE SOLO, LE DECIAN LOCO NO LE HICE CASO.	EL NO TIENE NADA. BUENO, PERO ES UN LINDO NIÑO.	ES MUY RARO, A LO MEJOR TIENE ALGO MALO EN LA CABEZA.	A LO MEJOR POR EL TRABAJO DE PARTO O POR LOS FORCEPS O PORQUE ES LA MAS GRANDE.	NO LE PASA NADA (AUNQUE A LO MEJOR ESTA LOCO PORQUE SU PAPA FUMABA MARIJUANA, DROGA)	NO SE, SERA QUE NO LE HICE MUCHO CASO, SOLO SUS HERMANOS.

MAMA DE:

DAVID M.

CARLOS

ROBERTO

FRANCISCA

ERIK

DAVID P.

¿COMO CREE UD. QUE PODRIA AYUDARLO?	ESTANDO MAS CON EL. HACERLO INDEPENDIENTE, DEJARLO QUE SE AYUDE SOLO.	ENSEÑARLE MAS COSAS.	TOMARLE MAS PRUEBAS DE LABORATORIO, A VER QUE ESTA MAL.	NO SE NI COMO, LO UNICO QUE SE PUEDE HACER ES CULPARLA SIEMPRE.	QUE SE PORTE BIEN. NO SE CO-NO EVOLUCIONE, PERO CURARLO, PARA QUE VAYA POR BUEN CAMINO.	NO SE. LLEVARLO A OTRO HOSPITAL.

	DANIEL JUAN	EMILIO	JUAN PABLO	SERGIO	LUIS FABIAN	CARLA
Quando usted supo que esperaba un bebé ¿Qué sintió?	Mucha Alegría	Contenta	Me dió gusto	Me dió gusto	Bien	Me preocupe porque eramos muchos
A qué edad empezó a caminar su hijo?	1 Año	Casi un año	11 meses	1 2/12	1 2/12	1 Año
Cómo se sentía cuando él empezó a caminar?	Lo vigilaba, con miedo	Algo preocupada	Bien, contenta	Me daba miedo, preocupada	Bien	Contenta preocupada
Usted trabajaba?	Si	No	Si	No	Si	No
Quando usted salía ¿Cómo lo encontraba cuando volvía?	A veces dormido o viendo T.V. o con sus primos	Preguntaba dónde había ido	Triste a veces	-	A veces enojado o contento	-
Cómo se sentía usted cuando lo dejaba encargado?	Preocupada no le fuera a pasar algo	Apurada	Triste preocupada	Me lo llevaba, no lo dejaba	Con preocupación	Preocupada lo normal
Siente usted que algún problema de casa aumentó cuando su hijo era bebé?	Si a veces me enojaba más con mis otros hijos.	No se	Los económicos	No creo que hubieran más problemas	Necesitaba más dinero	Ninguno

Como era la época cuando su hijo era bebé?	Bonita, de mucha alegría	Contenta	Muy buena, por sus gracias	Muy buena, a mí me gustaba pasearlo y andar con él	De mucho trabajo	Buena
Cuando su hijo se porta mal, usted cómo se siente?	Bien enojada	Cansada, enojada	Cansada, preocupada	Enojada	Preocupada con coraje	Preocupada
Qué medidas disciplinarias acostumbraba utilizar?	Le hablo, y si no le grito	Le hablo le regaño, manazo	Le hablo, casi nunca le pego	Primero le hablamos, luego le advierto el castigo	Le grito que le voy a pegar	Un regaño
A que edad fue su hijo por primera vez a la escuela?	Jardín de Niños	4 Años	Guardería	Kinder (2 Años)	Preescolar	Preescolar
Cómo se sentía usted?	Preocupada	Con inquietud y miedo	Fue por necesidad, así que ni modo	Un poco inquieta	Con un poco de preocupación	Preocupada pero contenta
Qué reportaba el maestro de la escuela?	Que jugaba	Bien, que aprendía	Que era muy precoz y se aprendía todo	Que era tranquilo, hacía sus trabajos.	Que a veces no hacía tarea.	Que aprendía bien
Qué cree usted que le pasa a su hijo?	Es juguetón, a veces se distrae	Es amigable le gusta estudiar	Tiene dificultad para relacionarse porque es más listo	El sigue tranquilo, es juguetón	A veces no presta sus cosas y se enoja	Es tímida, aunque a veces es inquieta.

Cómo cree usted que podría ayudarlo?	Haciéndole que ponga atención	Hacerlo in-dependiente	Hablándole y preguntarle	Estar pendiente de él y de sus juegos y -amigos.	Ayudarle a que crezca bien	Hacerla que conviva más con niñas

## RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A MADRES

### A) Madres del grupo experimental.

Con respecto al entorno inmediato de los niños del grupo experimental y profundizando en sus historias tanto personales como familiares se puede decir que la mayoría vive en casa donde habitan cuando menos cuatro personas fijas, más los eventuales. En dos de los seis casos la madre era mayor de 50 años. En tres de los seis casos el padre no vivía con el niño y sólo en algunas infrecuentes ocasiones mantenía contacto con ellos.

En todos los casos la madre necesitó ayuda de otras personas para atender a su hijo porque se sentía incapaz de hacerlo por ella misma. Estas personas que ayudaron eran las abuelas, las tías, los hermanos o bien, gente a la que se le pagaba por atenderlo.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos familiares, en todos los casos había alcoholismo, predominantemente en el padre, sin embargo, también en tías y hermanos. En un caso también en la madre. Existían en tres de los seis casos algún familiar cercano farmacodependiente. Sólo en un caso esto ocurría tanto en la madre como en el padre; en cuatro de los seis casos existía algún familiar cercano con trastorno del sueño, más específicamente con insomnio. En un solo caso existía un familiar cercano con suicidio o intento de suicidio.

Cuando se exploró más profundamente con las madres su pensamiento y comportamiento durante la gestación, se encontró lo siguiente: al saberse embarazada la mayoría respondió con sorpresa, algunas con franco rechazo, cito los siguientes comentarios textuales: "me sentía muy sola, verme embarazada no me gustaba, tenía yo 40 años y me angustiaba el pensar qué voy a hacer cuando ya no pueda trabajar, justo cuando yo necesito el trabajo salgo embarazada y con hijos ya grandes, entonces mi familia se disgustó"... "se me vino el mundo encima, no sabía que hacer..", "no me importó y pensé que un hijo no me va a hacer que deje de hacer mis cosas", "me dio gusto porque iba a ser un hijo sólo de mí..", "pensaba que iba a salir mutilado o loco.."

Con respecto a los primeros meses de vida de los niños estudiados, llama la atención que algunas madres no recuerdan nada de las fechas en que sus hijos daban muestra de un mayor desarrollo. La mayoría de las madres se orientaban por el reloj para acercarse a sus hijos, por ejemplo cada tres horas revisarle el pañal o darles el biberón.

La mayoría de las madres expresó sentir coraje y miedo cuando su hijo empezó a caminar y se iba lejos. Estas madres, al dejar encargados a sus hijos se sentían preocupadas y llenas de culpa. Cuando volvían encontraban a sus hijos enojados o tristes, en muchas ocasiones descuidados. Cito un caso que al volver la madre del trabajo se encontraba a su hijo con chicle en la boca (según los hijos que lo cuidaban: "para ver si así deja de llorar").

Todas las madres aceptaron que al tener un hijo más en casa los problemas se incrementaron y ésto hacía más tensa la dinámica familiar. Los hermanos hacían manifestaciones de celos, los cuales al decir de algunas madres, persisten actualmente.

En la medida que los problemas asociados de estos niños se fueron acrecentando, la resistencia de las madres era en ocasiones más frágil, llegándose a sentir impotentes, cansadas, preocupadas, entristecidas, y en ocasiones enojadas.

En cuanto a las medidas disciplinarias, estas madres se sienten poco capaces de controlar a sus hijos, y dicen intentar siempre primero hablándoles, para luego gritar, pegar, dar nalgadas o zapatazos, castigar severamente. Dijeron sentirse con deseos ocasionales de obligarlos con más fuerza e inclusive encerrarlos. La mayoría de estas madres les dejaban de hablar por largos períodos de tiempo como una medida disciplinaria.

Muchas de estas madres tuvieron dificultades para llevar a sus hijos a la escuela por primera vez, predominando en ellas la intranquilidad y prevaleciendo el sentimiento que con ellas estarían mejor, siempre con miedo de que su hijo se portara mal. Cito algún comentario al respecto: "salsa desconsolada, lo estaba dejando solo, me daba miedo que se portara mal". Llama la atención que no todas las madres superaron este malestar, dos de ellas prefirieron ellas mismas enseñarles en casa.

Cuando se les preguntó el porqué acerca del padecimiento de su hijo, todas lo definieron en términos conductuales, es decir, "se porta mal", "no se está quieto", "cualquier cosa lo enfurece", etc. Ninguna fue capaz de expresar que posiblemente algo más profundo pudiera estarle pasando; todas le dieron más valor a la "mala conducta" que a los períodos de ansiedad aislamiento y tristeza. A pesar de esto las madres fueron capaces de transmitir que el padre (o la ausencia de éste) pudo haber influido en el desarrollo de la enfermedad. Así mismo, todas expresaron un sentimiento de culpabilidad al aceptar que sus hijos fueron niños golpeados y abandonados, todas señalaron que fueron niños difíciles de criar. Todas se mostraron confundidas al respecto del manejo que deberían seguir.

Cuando se exploró el área del lenguaje, todas las madres deseaban oír su nombre en voz de su hijo. Tres de los seis casos tuvieron dificultad para la adquisición del lenguaje. Algunas madres recibieron con gusto la adquisición del lenguaje verbal de sus hijos porque a su decir, "me llenaba esa soledad." (sic)

Los juegos que los niños realizaban les parecían a las madres graciosos, en ocasiones tontos, les provocaba risa y muy ocasionalmente participaban en éstos. (ver cuadro sinóptico)

La conducta observada y el lenguaje no verbal de las madres durante la entrevista fue en general de participación, intentando dar respuestas lo más cercanas al hecho que se les preguntaba, hubo en casi todas expresiones afectivas como el llanto. Hubieron también algunos casos en donde parecía no acordarse fechas de cuándo su hijo habló o caminó, etc. Sólo en un caso hubo un franco rechazo a participar, si bien accedió a hacerlo, parecía mostrarse muy molesta.

## **B) Madres del grupo control.**

Con respecto al entorno inmediato de los niños del grupo control, y profundizando en sus historias tanto personales como familiares, se puede decir que a

casi todas las madres de este grupo les provocó gran alegría el saberse embarazadas, sólo en un caso la reacción fue de preocupación ya que la señora pensaba que ya eran muchos en la familia. En términos generales, hubo una buena aceptación de la noticia de embarazo.

Con respecto a los primeros meses de vida de los niños control, las madres mencionaban que sus hijos iban bien en su desarrollo, si bien es cierto en algunas preguntas no sabían la fecha exacta, intentaban ubicarlo en un contexto temporal y así buscaban por aproximación las fechas, por ejemplo, al preguntarles la edad en la cual su hijo empezó a caminar, la mayoría los ubicaba entre los 11 meses y el año 2 meses.

La reacción en las madres a la deambulación de sus hijos fue en general de preocupación.

La mitad de las madres del grupo control, trabajaban durante la infancia temprana de sus hijos, en ocasiones lo dejaban encargado y predominaba en ellas el sentimiento de preocupación por haberlo dejado.

Estas madres sintieron que los problemas que se incrementaron durante la infancia de estos hijos, fueron principalmente los económicos, sin embargo, todas coincidieron en señalar a esta época como buena y de alegría.

La mayoría de las madres de los niños control dijeron mostrarse preocupadas y cansadas cuando su hijo se comportaba mal.

Como medidas disciplinarias diferon utilizar más frecuentemente los gritos y regaños, existía en ellas un cierto temor por pegarles o reprenderlos con más violencia.

La edad en que los niños control asistieron por primera vez a la escuela fue en todos los casos antes de los cuatro años. Sólo en dos casos asistieron a la guardería y al kinder (2 años).

Las madres refirieron sentirse inquietas y preocupadas al dejarlos en la escuela, sin embargo, ninguna de ellas intentó regresarlo a la casa ó impidió que siguiera estudiando.

Los maestros de estos niños reportaban, al decir de las madres, que eran buenos alumnos, que aprendían adecuadamente.

La opinión de las madres de los niños del grupo control, con respecto de qué les pasaba a sus hijos, todas dieron respuestas que lo describían como: "es juguetón, a veces se distrae", "es tímido, a veces inquieta", "es tranquilo, juguetón".

Cuando se le preguntó a las madres acerca de la forma en que se les podría ayudar a sus hijos, las respuestas iban en el sentido de que fueran más sociables e independientes, así como el fomentar su crecimiento.

Al comparar las respuestas dadas por las madres de ambos grupos, nos encontramos que: las madres del grupo control aceptaron con agrado su embarazo, les daba alegría y dijeron sentirse contentas; las madres del grupo experimental aceptaron el embarazo, sin embargo, dijeron sentirse asustadas ó disgustadas, algunas mostraron franca indiferencia.

Cuando los niños de éstas empezaron a caminar, las madres de ambos grupos dijeron sentirse preocupadas, lo mismo sucedía si lo dejaban encargado con alguien más.

Entre los problemas que se enfatizaron cuando los niños estudiados eran bebés, las madres del grupo control señalaron los de tipo económico, mientras que las madres del grupo experimental señalaron no sólo problemas de tipo económico, sino que también los problemas familiares y emocionales.

La época cuando estos niños eran bebés, las madres del grupo control la describían como muy buena, recuerdan haberse sentido contentas; las madres del grupo experimental recuerdan esta época como difícil, llena de contrariedades, algunas madres recuerdan haberse sentido enojadas. Esto podría mostrar que el niño ocupa un lugar en la familia aún antes del nacimiento, y que la forma en cómo la madre viva estos momentos, determinará en gran medida la relación entre ella y su hijo y, por consiguiente cobrará importancia para la organización de personalidad de éste.

Entre las medidas disciplinarias que más frecuentemente utilizaban, las madres del grupo control prefieren gritar o amenazar que les van a dar un manazo; las madres del grupo experimental pasan rápidamente de los manazos a las nalgadas, golpes, cinturazos, varazos, etc.

Los reportes de los maestros de los niños del grupo control no eran especialmente negativos, las madres del grupo control, recuerdan que sus hijos no mostraban grandes dificultades para el aprendizaje. Los maestros de los niños del grupo experimental daban constantes quejas de ellos, no sólo de la mala conducta, sino de su dificultad para el aprendizaje y la socialización.

Cuando se les preguntó los que les pasaba a sus hijos, las madres del grupo control contestaron que son tímidos, juguetones, en ocasiones se distraen y no hacen la tarea; las madres del grupo experimental hicieron referencia a la falta de una figura masculina que apoyara, así como comentarios tocantes a lo diferentes que son de otros niños.

Cuando se les preguntó cómo se les podría ayudar, las madres del grupo control se inclinaron por fomentar su crecimiento e independencia, las madres del grupo experimental desearon que sus hijos se portaran bien y algunas opinaron que se requeriría de más hospitales y más pruebas para encontrar solución a su enfermedad.

Por todo lo mencionado hasta el momento, parece que la infancia temprana de los niños borderline fue diferente a la de los niños del grupo control. Con esto, se pone de manifiesto que la forma en cómo se relacionó la madre con los niños del grupo experimental, estuvo en muchas ocasiones matizada por una carga ansiosa, lo cual pudo haber influido para la organización de personalidad de sus hijos.

# SINTOMAS ASOCIADOS

## LISTADO DE SINTOMAS ASOCIADOS.

SINTOMAS ASOCIADOS	David M.	Carlos	Roberto	Francisca	Erik	David P.
<b>Lenguaje Pobre:</b>						
Vocabulario pobre	no	no	no	no	no	no
Dificultad en la articulación	sí	no	rítmo	no	sí	no
<b>Problemas Visomotores</b>						
Incoordinación fina/gruesa.	sí	sí	sí	sí	sí	
torpeza motora.	no	sí	no	sí	no	no
Resultados de EEG anormal	sí	no	sí	sí	no	no
Historia de difíc. aprendizaje	sí	sí	no	sí	no	no
Lectura	sí	sí	no	sí	no	no
Escritura	sí	sí	no	sí	no	no
Matemáticas	sí	sí	no	sí	no	no
Atención Dispersa	sí	sí	no	sí	no	no
Impulsividad	sí	sí	sí	sí	sí	no
Tíca	no	sí	no	no	no	sí
Movimientos Estereotipados	sí	no	no	sí	no	sí
Enuresis	sí	no	no	no	no	no
Encopresis	no	no	no	no	no	no
Comportamiento Bizarro	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Anorexia	no	no	no	no	no	sí
Hiperexia	sí	no	sí	sí	no	no
Insomnio	sí	no	no	no	sí	no
<b>Conducta Suicida</b>						
amenaza	no	no	no	no	sí	sí
intento	no	no	no	no	no	no
<b>Padecimiento Psiq. en familia</b>						
En madre	sí	sí	no	sí	sí	no
En padre	no	no	no	no	no	no
en hermanos	sí	no	sí	no	no	no
Depresión	sí	no	sí	sí	sí	sí
Abuso de droga/alcohol	no	no	sí	sí	no	no
Padres separados/divorciados	sí	no	no	sí	sí	no
Pelears/rifias verbales familiares	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Pelears/rifias físicas familiares	no	sí	sí	no	sí	no
<b>Abuso Físico al niños</b>						
por el padre	sí	sí	no	no	no	no
por la madre	sí	sí	no	sí	sí	no
por ambos	no	no	no	no	sí	no
por alguien más	hermano	no	no	no	abuela	no
<b>Hijo Adoptado</b>						
antes del mes de edad	no	no	no	no	no	no
después del mes de edad	no	no	no	no	no	no
después de los 4 años	no	no	no	no	sí	no

## **RESULTADOS OBTENIDOS EN EL LISTADO DE SINTOMAS ASOCIADOS.**

Sólo a los niños del grupo experimental se les aplicó el listado de síntomas asociados y el Criterio Diagnóstico de Bemporad et al., se procedió de esta manera dado que ambos instrumentos son complementarios para el establecimiento del diagnóstico.

Basándonos en estas consideraciones, de haber aplicado ambos instrumentos a los niños del grupo control, los resultados obtenidos no hubieran sido significativos.

El 50% de los niños presentaron resultado de electroencefalograma anormal y no específico, dificultad en el aprendizaje, tanto para lectura y escritura como en matemáticas; presentaron atención dispersa, movimientos estereotipados, hipoxia.

En cuanto a la familia, el 50% de los padres, tutores o familiares ingerían alcohol de una forma incontrolada, o bien abusaban de las drogas o de ambos. El 50% del grupo provenía de familias donde los padres estaban separados o divorciados y cotidianamente había riñas y peleas físicas entre los familiares.

De los niños estudiados la mayoría (83.33%) presentaba incoordinación gruesa/fina, impulsividad, depresión y comportamiento bizarro. El 100% de los casos pertenecía a una familia donde constantemente había peleas y riñas verbales entre los familiares.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL WISC-R.

Con base en los resultados obtenidos en la escala de Inteligencia Weschler para niños WISC-R, se observa que:

A diferencia de los niños del grupo control, los niños del grupo experimental se muestran poco motivados en adquirir información del medio circundante; esta diferencia posiblemente nos está hablado de un desinterés en adquirir nuevos conocimientos, así como una limitada ambición académica.

En cuanto las capacidades de análisis y síntesis, a pesar de no existir una diferencia estadísticamente significativa, se encontró que el grupo borderline presenta mayor dificultad para establecer un pensamiento lógico-abstracto que el grupo control. El grupo borderline presentó mayor dificultad para establecer un análisis con base en el pensamiento abstracto, presentaron un tipo de pensamiento concreto-funcional predominantemente.

Los niños del grupo borderline presentaron una mayor dificultad en el manejo de cuestiones numéricas, ésto pudiera estar relacionado más que con la capacidad de razonamiento numérico con las capacidades de atención y concentración. A mayor distracción, menor rendimiento en actividades en general que requieran la capacidad de atención selectiva y concentración.

La capacidad de expresión verbal, medida por el subtest de vocabulario, se ha considerado como una de las habilidades más consistentes y de menos deterioro. Comprende capacidad de aprendizaje, acopio de información, riqueza de ideas, memoria, formación de conceptos. El desarrollo de la habilidad psicolingüística está íntimamente relacionado con las tempranas experiencias del niño con su entorno inmediato. Algunos autores (Anastasi, A. 1964. Rappaport, R. 1974. entre otros) han descrito que por las características de este subtest y por su consistencia, bien pudiera ser reflejo de la inteligencia en general.

Partiendo de esta idea, podemos decir que los niños borderline a pesar de ser inteligentes, funcionan con limitaciones que los marginan.

Todos los sujetos que participaron en el estudio fueron capaces de aplicar la experiencia adquirida para solucionar problemas cotidianos. Las capacidades de juicio lógico, juicio social y convencional se encontraron presentes. Se plantea entonces la interrogante de por qué son capaces de dar respuestas convencionales correctas al aplicarles una prueba y en el momento de entablar relaciones interpersonales parecen no tener una adecuada capacidad de juicio social y/o convencional?.

La capacidad de atención y memoria auditiva a corto plazo se encuentra rindiendo por debajo de lo esperado en ambos grupos, lo cual se pudiera esperar en los niños del grupo borderline por su incapacidad para concentrarse y su impulsividad característica; aunado a ésto, existe en ellos una fuerte carga de ansiedad libre y generalizada, lo cual explicaría su incapacidad para concentrarse.

Los bajos puntajes obtenidos en el grupo control parecen deberse a la ansiedad por dar una buena imagen de sí mismo ante el examinador, lo que está más relacionado con la autoestima. Se trata entonces de dos tipos diferentes de ansiedad, la primera que se surge ante la amenaza de aniquilación, la segunda como una consigna del Superyó.

Los niños del grupo borderline tienen más dificultad para diferenciar los detalles esenciales de una totalidad. Esta subprueba requiere de capacidad de concentración, de razonamiento, de atención visual, así como de organización y memoria visual, capacidades en las que los niños del grupo borderline presentaron mayor dificultad.

Los niños del grupo experimental presentaron mayor dificultad para comprender y analizar una situación total; presentaron también mayor dificultad en las capacidades de anticipación y organización visual y planeación dentro de un contexto social.

Los niños borderline presentaron mayor dificultad en actividades que impliquen organización visual y velocidad psicomotora, así mismo mostraron cierto déficit en la capacidad de análisis y síntesis a nivel visual; mostraron más dificultad en la capacidad para la formación de conceptos a partir de la inducción, deducción y generalización.

En el grupo experimental se encontró mayor dificultad en la capacidad imitativa, en la capacidad de repetición rápida de unidades figurativas y en la precisión viso-motora.

A pesar de que la diferencia fue estadísticamente significativa en los puntajes de los C.I. obtenidos en el WISC-R, cabe cuestionarse si el funcionamiento intelectual de estos niños se encuentra influido desfavorablemente por la condición psicopatológica que los conforma, o bien, constitucionalmente son niños que se ven limitados en su funcionamiento intelectual por alguna falla orgánica. Esto sin embargo es difícil de afirmar en el presente estudio por el reducido tamaño de la muestra.

## ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LA PRUEBA DE RORSCHACH.

El análisis de contenido de las respuestas del Rorschach es uno de los aspectos que más podrían reflejar características profundas de la personalidad de los niños borderline. Si bien es cierto no se presta hacer un análisis cuantitativo de la personalidad por su forma per se, bien se puede analizar caso por caso de una forma cualitativa, el análisis de contenido se basa teóricamente en aspectos psicodinámicos de la personalidad.

Se procedió primeramente a comparar los protocolos de los niños borderline con los protocolos de los niños considerados normales, esto se hizo de una forma general y en donde se observó lo siguiente: los niños del grupo control tienden a organizar más sus percepciones en forma de totalidades, a diferencia de los niños del grupo borderline que organizan sus percepciones en fragmentos, por ejemplo, un niño del grupo control percibe un hombre; mientras que el niño del grupo borderline lo percibe por partes desintegradas, es decir, como ojos, cejas, boca, nariz, cuerpo y cabeza. De lo cual se podría concluir que hay una dificultad en estos niños para la percepción y organización de la realidad de una forma totalitaria e integrada. Pudiera tratarse de él mismo en en una autopercepción fragmentada (ya que sólo es total en fusión/función de la madre), o bien de fantasías muy primitivas de fragmentación. Recordemos aquí que la psicopatología de éstos niños radica en la ansiedad de aniquilación y destrucción.

Más frecuentemente, los niños del grupo borderline tienden a percibir figuras humanoides a las cuales les atribuyeron una connotación negativa, por ejemplo, en la lámina IV: "es un monstruo de humo; se ven sus pies que echaban humo, tenía manos incompletas y pies de humo de smog de carro. Está grande y con humo negro y tiene un hoyo por donde echa humo." O bien, en otro niño en la misma lámina: "es un señor monstruo: sus ojos, su cabeza es más chiquita que su cuerpo, podría caminar y aplastar".

El análisis de contenido sólo se llevó a cabo con los niños del grupo borderline ya que se consideró que el hacerlo con el grupo control carecía de sentido. Las comparaciones se hicieron con lo descrito por otros autores en cuanto al análisis de contenido (Ames, Metraux y Walker; Paz, Palento y otros).

Posteriormente, se procedió a analizar cada lámina por separado de cada sujeto del grupo borderline y se comparó con lo descrito por otros autores de donde se obtuvo lo siguiente:

### Lámina I

Por ser la primera lámina, se esperaba un cierto rechazo descontrol, sin embargo, el tiempo de reacción se encontró dentro de lo esperado y las respuestas fueron en su mayoría organizadas (dentro de la forma de funcionamiento anteriormente mencionada, es decir, percibir la totalidad pero primeramente mencionar las partes); de donde las respuestas fueron entre otras, "una rana, son las partes de una rana porque le ví los ojos..", "es un vampiro, tiene como alas que están pegadas, matan, son negros...", "ésto parece un humano que le quitaron la cabeza...tiene como pies, le falta un pedazo, se ve como si fuera un vestido y tiene sus dos manos".

Estas respuestas, sin embargo, no son muestra de psicopatología ya que según Alcock, la lámina misma provoca perturbación, tanto por el claroscuro como por los espacios en blanco, aunado a ésto, es el inicio de una tarea extraña la cual ha sido consignada al niño.

Sólo en un caso llama la atención la respuesta ya que no solamente el contenido está perturbado sino que parece ser una respuesta confabulada, es decir, "están prendiendo fuego, se está quemando. Es un dios." y en la encuesta: "porque se está prendiendo fuego; aquí está su pajarito y sus picitos. Es de color café".

### Lámina II

En esta lámina predominan las respuestas de animales en movimiento y de sangre. Normalmente esta lámina suele ser de las más rechazadas y tiende a producir percepciones de contenidos trágicos, el color pudiera ser un foco de disturbio. Sin embargo, el que existan formas más definidas pudiera servir como amortiguador. Aunado a ésto, hay un espacio central en blanco lo cual pudiera tender hacia la amenaza y hacia el vacío: "es probable que el espacio grande central, unido al color rojo, estimule sentimientos de pérdida o de abandono, de vacío y por lo tanto se relacione con el nacimiento y la angustia frente a la separación de la madre, vivida como muy traumática". Se transcriben a continuación algunas de las respuestas como ejemplo:

Carlos:

1. Unos perros. (W)

1. Las patas del perro están los dos dibujos juntos.

2. Sangre. Más sangre del perro. (D)

2. Porque tienen sangre, los perros tienen sangre roja.

David M:

1. Parece un ratón, son ratones con sangre, parece sangre, andan jugando con la sangre. (W)

1. Sus orejas, sus ojos, su hocico, su nariz, sus patas y andan jugando con la sangre.

La sangre parece estar presente como indicando algo pocopreciado con lo que se puede jugar, lo que se puede tirar. Según Palento et al. en esta misma lámina: "Las respuestas de sangre indican irritabilidad y agresión, nos ha hecho pensar que la ira del paciente borderline descrita por casi todos los autores, es una ira explosiva, como la del bebé que se siente indefenso y entra en pánico cuando no es atendido; quizá de ahí provenga la tendencia de los niños borderline a los berrinches, pues sienten que, aunque la madre los atiende, no se está pre-ocupando por ellos, y sienten en una edad muy temprana el permanente temor a que la separación o el abandono sean definitivos. Necesitan, por lo tanto, adoptar conductas sumisas y dependientes para atraer la atención materna, pero el esfuerzo por controlarse es tan intenso, en etapas tan inmaduras, que a veces se hace intolerable y surge la ira en forma explosiva".

### Lámina III

Esta lámina es conocida como una prueba efectiva de la capacidad del sujeto para tolerar frustración. Tres de los seis sujetos percibieron figuras amenazantes y de

contenido agresivo, el resto percibió animales; de éstos, dos percibieron ranas por la forma, así como mariposa. Otras respuestas fueron moño, tigre y hormiga.

De los niños que percibieron figuras menos formales se puede citar:

Carlos:

2. doble sangre, una aquí y la otra aquí.(D)

2. Doble sangre del árbol. Son las hojas rojas.

David M:

4. Narices, manos, pies y cuerpo. Son unos rateros y tiene un listón y le hicieron unos hoyos para ver mejor.(W)

4. Porque tiene una bolsa y por los listones y la sangre, andan robando.

5. Este es un monstruo puede ser muchacha con manos levantadas. Medio pedazo está pegado pero es una que está cortada.(D)

5. Es un monstruo que tiene corazón, tiene como pelos y lo cortaron con serrucho.

Aparece sangre nuevamente como un contenido de irritabilidad. Llama la atención que a pesar de ser monstruo y ser aparentemente "malo", también tiene corazón y por lo tanto siente.

#### Lámina IV

La configuración de esta lámina suele disparar respuestas que faciliten una interpretación hacia la masculinidad, más aún, Palento, et al. la han inclusive llamado la lámina paterna. Algunas de las respuestas que se encontraron en este estudio van en este sentido, así por ejemplo:

David M:

1. Un monstruo de humo.(W)

1. Se ven sus pies que echaban humo, tenían manos incompletas y pies de humo de smog de carro. Está grande con humo negro y tiene un hoyo de donde echa humo.

David P.

1. Un animal.(W)

1. Por la forma de aplastado.

Francisca:

1. Tiene forma y pies de momia.(W)

1. Este es su pajarito y tiene patitas y manitas y cabeza de momia.

Parecería que de ser percibida esta lámina como figura paterna, el contacto y el vínculo afectivo que han tenido éstos niños ha sido limitado, lejos de ser figuras parentales protectoras, parecen figuras débiles (de humo) que sin embargo generan temor. Parece tratarse de respuestas que en términos generales denotan mucha ansiedad y devaluación.

Parecería que el contacto que se ha tenido ha incrementado el temor y la identificación con esta figura. Autores como Palento et al. mencionan que "Esta desvalorización quizás esté relacionada con el hecho de que han sentido al padre incapaz de separarlos de la madre de manera positiva, y ha permitido que el vínculo simbiótico con ésta se mantenga".

### **Lámina V**

Esta lámina por su estructura compacta, es para muchos sujetos un espacio tranquilizador. La respuesta popular es un objeto alado percibido en la totalidad de la lámina. Todos los niños borderline tienen respuestas populares, tales como: mariposa, murciélago, águila, etc. Lo que llama la atención son los comentarios adicionales; tal es el caso de una mariposa, por las alas, las patitas y los dientitos. O bien, un águila, tiene un pico, alas patas es negro. A lo mejor lo cortaron. O bien, una mariposa, sale de noche y hace ruidos.

Las figuras son fácilmente integradas por los sujetos, sin embargo, los comentarios adicionales parecerían estar más en función de su personalidad; dientitos, para morder? águila cortada? como si la autopercepción fuera fragmentada? o bien, qué pasa cuando es de noche y hay ruidos?

### **Lámina VI**

En esta lámina cinco de los seis sujetos percibieron animales o insectos: gatos, ratones y cucarachas. Llama la atención que no hay respuestas de movimiento animal. Más bien parecen encontrarse estáticos en una situación poco favorable, es decir, todos han sido aplastados, cortados, comidos, quemados, cito:

David M:

1. Parece un animal con bigotes.(W)

1. Con un hoyo y un tubo y una boca y manos y le falta un pedazo de rata, lo quemaron y le cortaron sus pies y ya no lo querían. Está negro.

David P:

1. Un animal.(W)

1. Por la forma de aplastado.

Francisca:

1. Cuerpo, cabeza y colita de un gato.(W)

1. Tiene sus bigotes arriba y su cuerpo a la mitad, y su colita y su cuerpo.

Basándonos en los fundamentos teóricos del psicoanálisis, la ansiedad fundamental que se halla flotante en estos niños es un temor a ser aniquilados, desintegrados, destruidos. Ansiedad tal que pudiera estar relacionada con las respuestas de la lámina. Las figuras son percibidas fragmentadas, como si existiera una constante amenaza a la aniquilación.

### **Lámina VII**

Numerosos autores han llamado a ésta lámina la "Lámina de la Madre" (Palento, et al. 1977) y partiendo del supuesto teórico de que los niños borderline tienen una dificultad para separarse de la madre y funcionar independientemente de ésta, se evaluaron las siguientes respuestas:

Roberto:

1. Aquí se ve como si fueran dos caras y una parte de su cuerpo.(D)

1. La trompa, su pata, su cuerpo, como si estuvieran paradas.

David M:

3. Como un humano.(D)

3. Es malo porque tiene la cara de enojado, es un niño y se ve blanco y un ojo.

Erik:

1.Unos elefantes.(W)

1.Si tuvieran el cuerpo completo, les falta la mitad.

David P:

1.Dos caras de niñas que están pegadas.(W)

1.Por su forma de niña.

Francisca:

1.Tiene forma de lluvia.(W)

1.Está chispeando y tiene una cosita la lluvia por donde echa la lluvia.

2.Es una nube.(W)

2.Para que la siembra del maíz.

3.Es una cola de gato.(D)

3.Hay granizo.

Llama la atención que el contenido de estas respuestas está en función de sentimientos de fragmentación (cortado, le falta una parte, etc.) y se pudiera pensar que las respuestas de unión (pegadas) lo asocian con el vínculo temprano materno-infantil. Es de sobresaltar que las respuestas del cuarto caso tiene cada vez mayor carga ansiosa, es decir, la lluvia que empieza como chispeando acaba en granizo. Esto pudiera estar relacionado con la escalada de ansiedad que presentan estos niños y que les resulta sumamente difícil detener, lo que se inicia como un estímulo ansioso acaba siendo pánico y terror. Otto Kernberg lo ha llamado "falta de tolerancia a la ansiedad".

Se ha mencionado por algunos autores (Palento et al., 1977) que los pacientes borderline fantasean con la posibilidad de separación de partes de su propio cuerpo que se vuelven a colocar, pero al mismo tiempo surge el temor por no poder separarse. De ahí que si algunas percepciones fueron globales (totalitarias) y no unidas, a todas les faltaba algo; como si estar separado fuera estar carente de algo tan trascendental, que resulta imposible concebir la propia existencia sin esta fusión.

### Lámina VIII.

Cinco de los seis niños dieron repuestas de animales, todos ellos mamíferos; es de llamar la atención que casi todos denotan agresividad en su acción, tal es el caso de :

David M:

1.Está más mejor...Son animales colgándose de un árbol y un animal que tiene garras.(W)

1.Pies, cuerpo, nariz, cabeza, árbol y pasto. Están colgados y se están deshaciendo porque se le está haciendo grande la pata. No puede estar en el pasto.

2.Gato, animal.(D)

2.Tiene un pedazo de hocico, pelo, manos, nariz. Está partido. Es un pedazo de animal.

David P:

1.Son animales que escurren sangre.(D)

1.Por la forma.

Francisca:

1. Forma de ratones. (D)

1. Porque se ayudan con mamá y papá.

2. Forma de tigre. (D)

2. Tiene la forma de tigre.

En esta lámina parece estarse mezclando tanto la agresividad, el ataque y la irritabilidad (sangre, garras, tigres) con un sentimiento de estar indefensos, ya que cualquier intento por propiciar la separación, los aniquilaría (se están deshaciendo, está un pedazo, escurren sangre).

Parecería estar mezclado un deseo y un temor lo cual genera a su vez, mucha ira y ansiedad. Algunos autores (Bemporad et al. 1982, Liebowitz, 1987, Noshpitz, 1987) han definido a los niños borderline con un sentimiento de desesperanza, lo cual parece describir las respuestas aquí descritas.

### Lámina IX

En esta lámina no hay respuestas que aparezcan más frecuentemente, algunas son de contenido animal señalando principalmente la cabeza y las partes de ésta. Algunas otras respuestas son arboles, flores y semillas. En tres casos aparecen respuestas fantasiosas, cito: "fantasma, porque casi no se ve bien, tiene cuernos", "dragón por la forma". "Un monstruo de dos cabezas, por la forma". Se pudiera tratar de un intento por organizar las percepciones a contenidos humanos, sin embargo, no TAN humanos.

### Lámina X

Las percepciones que dieron los niños como respuestas a la lámina X son en general de fácil organización e interpretación. Las respuestas que dieron los niños borderline bien pudieran haber sido respuestas de los niños del grupo control, sin embargo, una vez percibido formalmente, se le adicionaba una connotación emocional tensa, tal es el caso:

"Animales, pican y te mueren". "Una cara, una máscara que está en el museo". "Una mosca, que está aplastada y se le salen las tripas". "Unos niños muertos, a lo mejor se murieron antes de nacer".

Con ésto, se vuelve a hacer referencia al estímulo disparador de la ansiedad, que si bien es percibido fundamentalmente en una buena organización formal, dispara posiblemente por asociaciones, una escalada de ansiedad muy difícil de contener.

Este proceso que va desde la percepción de un estímulo ansiógeno, hasta el final del proceso, posiblemente el temor a la muerte, la autoaniquilación.

Llama la atención que la percepción de la realidad no está en sí distorsionada, pero parecería que el efecto que tiene en la vida psíquica es lo que debilita las funciones yoicas y dispara la ansiedad.

## ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LA ENTREVISTA MADRES

Por todo lo mencionado hasta el momento, se puede concluir lo siguiente:

El entorno inmediato en donde estos niños crecieron estuvo cargado de eventos muchas veces desfavorables. Por un lado, la situación familiar estaba establecida con una estructura de fondo disfuncional, donde el padre o bien era inexistente, o a pesar de estar presente físicamente, el rol parental que desempeñaba era totalmente periférico e ineficaz.

Por el otro, las madres parecieron no haber dado un adecuado maternaje en cuanto a la calidad; más que por encontrarse trabajando, esto pudiera deberse a la incapacidad misma de estas madres para involucrarse afectivamente y facilitar su individuación.

La mayoría de las madres expresó que la crianza de sus hijos les resultó difícil, y esto las mantenía en un estado permanente de tensión y cansancio.

Por las respuestas que las madres dieron, impresiona como si éstas no confiaran en sus hijos para que ellos salieran independientemente adelante; por el contrario, parecía que ellas sentían que sin su ayuda ellos no podrían sobrevivir. Ellas parecen ser fuente de todo recurso material y afectivo, pero contrariamente a lo esperado, nos hemos percatado al trabajar con los niños, que los resultados no indican esto, más aún, hay huecos y carencias importantes en las vidas de éstos.

Llama la atención que aquellas actividades que implicaron un dominio motriz así como cierto grado de independencia, generó en las madres miedo y en ocasiones coraje. Lo mismo sucedía al inscribirlo a la escuela, lo cual en muchos casos fue vivido de una forma tan dolorosa, que prefirieron no llevarlo más.

Parecería que estas madres sienten la necesidad de controlar muy de cerca la vida de sus hijos y temen (seguramente de una forma inconsciente) que éstos crezcan y se desarrollen independientemente de ellas. Este sentir y la consecuente forma de actuar es transmitida a los hijos los cuales la absorben como una forma de vida, SU forma de vivir.

## **CORRELACION DE LA PRUEBA DE RORSCHACH Y EL CRITERIO DIAGNOSTICO DE BEMPORAD.**

Al hacer una correlación entre los datos encontrados en las respuestas de la prueba de Rorschach y el Criterio Diagnóstico para niños Borderline de Bemporad et al. 1982, se encontró lo siguiente:

A los niños borderline se les dificultó concentrarse y responder de una forma "lógica" o esperada, si bien es cierto tuvieron un alto F%, el contenido siempre estaba en función del dolor, la desesperanza o la muerte; algunos niños borderline en la medida que la aplicación de la prueba iba avanzando, las respuestas iban siendo cada vez menos formales. Esto pudiera estar relacionado con la fluctuación en el funcionamiento, ya que mientras más amenazados se sentían y con mayor carga de stress, su pensamiento perdía la capacidad de percepción formal.

La ansiedad se encontraba libre y flotante casi constantemente, y las respuestas denotaron en su mayoría una escalada de ansiedad.

El contenido de las respuestas estuvo en general asociado a un temor a la aniquilación, con miedos de catástrofes y eventos terribles.

El contenido de las respuestas muy frecuentemente se asociaba con mutilación, fragmentación, aniquilación y muerte.

A pesar de percibir respuestas formales adecuadas, se tendía a matizarlas con fragmentación, terror y muerte.

Los niños borderline mostraron tener dificultad en las cuestiones académicas, y la prueba de WISC-R puso de manifiesto que su pensamiento es predominantemente concreto-funcional (y no abstracto).

Aunado a esto, hay dificultad en el aprendizaje y un rendimiento bajo en las habilidades perceptuales y motoras.

La forma de entablar una relación interpersonal era de exagerada demanda, las respuestas del Rorschach hacían mención a fantasías sádicas y hostiles.

El control afectivo era tan variable que bien podían amar para inmediatamente después odiar. Daría la impresión que cuando su demanda de amor no es satisfecha se vuelcan en odio, pudiendo llegar a perder el control motor.

## **QUINTA PARTE: VIÑETA CLINICA**

## VIÑETA CLINICA

A continuación se presenta una viñeta clínica de un niño, ésta representa todo lo mencionado a lo largo del presente estudio al respecto del síndrome fronterizo o borderline en la infancia.

**Nombre:** David M.L.

Edad: 9 8/12

**Motivo de consulta:**

"Es muy nervioso, es muy sentimental y chillón". Presenta dificultades en la escuela y, en la sociabilidad, además de tener un bajo rendimiento escolar.

"Por cualquier cosita se altera mucho. Tiene insomnio, se autoagrede en ocasiones (se muerde, se pega). Habla solo, se sale a caminar solo. Se distrae, se confunde dónde deja las cosas. Se escapa de la casa, no come, hace berrinches y se queda llorando por tres o cuatro horas".(sic. madre)

Se refiere también enuresis nocturna secundaria y urgencia para orinar cada 15 minutos.

**Historia de Desarrollo:**

Producto de GPPV, embarazo no planeado, no deseado, conocimiento de embarazo a los siete meses, con una fuerte carga de ansiedad de la madre por problemas con el marido. Parto a término, atendido en estancia hospitalaria, vía vaginal con anestesia general, posible hipoxia. Peso 2,400gr. se ignora talla. Lactación a pecho materno por un mes (porque no lo aceptaba). Fibroma esofágico por lo que se interna en el primer mes de vida.

Se ignora sostén cefálico. Destetación a los 7-8/12. Crisis convulsivas por hipertermia tratado con Atemerator.

A los 9/12 se le diagnosticó "agua en los pulmones" por lo que requiere constante atención médica.

Balbuceo 8/12, marcha al 1 3/12, palabras frase 1 4/12 hasta los tres años y medio. Control de esfínteres dos años con constantes reprimendas físicas. La hermana mayor fue la que lo entrenó.

**Antecedentes Personales:**

Amigdalectomía a los 5 años; seis meses después, a los 5 6/12 lo atropella un coche y requiere hospitalización por una semana, tuvo rotura de tibia y peroné. Usó yeso durante tres meses.

A los 5 9/12 en un timpanograma que se le realizó se encontró: oído derecho normal y en el oído izquierdo curva plana. Diagnóstico: Hipoacusia superficial conductiva izquierda.

A los seis años presentó tartamudez por lo cual requirió terapia de lenguaje, a los seis años se pide una interconsulta al Dpto. de Psiquiatría por su mal comportamiento.

Al ser atendido en el Dpto de Psiquiatría se le recetó ácido Valproico de 200 mg. y se le encuentra en un EEG onda aguda de alto voltaje en región occipital, posteriormente se le recetó Melleril de 25 mg. Ritalín a los siete, Metilfenidato 10mg.

a los ocho años, Tioridazina de 25mg. a los nueve años, luego otra vez Melleril. Con ésto se pone de evidencia que ninguno de estos fármacos estaba teniendo un resultado positivo, ni el curso del padecimiento una evolución favorable.

**Impresión General:**

David es un niño de apariencia física acorde a la edad cronológica. De constitución media. Se presentó en regulares condiciones de higiene y aliño.

Se muestra ansioso en las sesiones de evaluación, recorre la habitación con la mirada, constantemente toca objetos y pregunta qué es.

Su lenguaje es fluido, congruente y coherente, con un adecuado manejo verbal, construye frases adecuadas en cuanto la sintaxis. Cuando se le pide directamente hablar sobre algo, se confunde en los tiempos, y su vocabulario se reduce; a todo contesta "no" y "no sé".

Sus movimientos son ágiles y precisos.

La madre lo describe como muy inquieto y muy sentimental, "siente que nadie lo quiere" (sic), aunque la madre intenta estar mucho tiempo con él, se lo lleva al trabajo.

David no responde ni a las ordenes de la madre ni de la maestra, "tarda para reaccionar y creo que no me quiere oír" (sic madre).

David puede llorar por largos períodos de tiempo, 4 o 5 horas, y la madre ante su incapacidad de contenerlo llora con él. Cuando llora dice: "soy un perro, nadie me quiere" (sic David)

No puede estar con mucha gente porque se altera, al decir de la madre quiere estar constantemente llamando la atención, si no lo logra, golpea a otros y a sí mismo. Cuando está alterado David grita por mucho tiempo sin lograr controlarse.

En la familia les molesta la presencia de David, le dicen que está loco, que no es igual, que es un niño raro y especial porque no se parece a otros.

David es hipersensible a los cambios en general, cambios en la disposición de los muebles, del orden, de los horarios, etc. Cuando ésto sucede se enoja mucho y se pone a llorar. Tiene un sillón favorito y no permite que nadie lo toque o se siente en éste. Cuando David está alterado se acomoda en este sillón y se pone en posición fetal. En una ocasión la madre quería sacar y tirar el sillón (porque estaba roto y viejo), al enterarse David se violentó y lloró por muchos días.

David es muy "olvidadizo", todo se le olvida, pero se acuerda de cosas que no son importantes, "cosas de la escuela no se acuerda nada, pero se acuerda muy bien dónde guardo mis cosas".(sic madre)

Dibuja mucho y es muy ordenado, en ocasiones hace monólogos de sus dibujos y habla cosas que imagina.

Cuando está enojado se sale de la casa y habla solo, se va lejos y luego regresa. Grita mucho sin motivo aparente.

Padece de insomnio, le resulta sumamente difícil conciliar el sueño; la madre dice que es porque está inquieto y está pensando en otras cosas. Duerme en la misma cama que la madre.

Presenta enuresis nocturna secundaria con tres años de evolución, de frecuencia diaria. Durante el día va a orinar cada 15 minutos (se ha descartado algún padecimiento orgánico).

Cuando la madre sale, David tiene la costumbre de desnudarse y ponerse abajo de su sillón a llorar y así permanece hasta que la madre regresa y lo convence a que salga.

David juega solo a los "ruidos" y a dibujar, casi no tiene amigos, y de acercarse a algún grupo social le pegan y lo lastiman. Colecciona papeles y maderitas; también radios viejos y pilas.

Casi todo el tiempo está con la madre, la cual no lo deja ni en la escuela, ya que se queda para darle su torta en el recreo o bien lo espera hasta la hora de la salida.

David no tiene mascota pero desea que le compren una tarántula o una víbora.

La madre lo describe como: "vive en otro mundo", sale a la calle y se le olvida dónde está.

#### **Historia Escolar:**

David ingresó a los cuatro años al preescolar, la madre lo dejaba y ella se quedaba muy intranquila y preocupada, con el sentimiento de que "a lo mejor se porta mal", ella pensaba que si se quedaba en casa estaría mejor, deseando ella llevárselo de regreso casi siempre. Le resultó muy difícil y doloroso separarse de él. David no se adaptó fácilmente. Aún ahora, no quiere ir a la escuela y cualquier motivo es bueno para que no lo lleven.

Los maestros siempre lo consideraron inquieto y de mal comportamiento, ante esto lo dejaban castigado solo y no le hacían caso.

David cursó dos veces primero de primaria en sistema regular.

Ante el bajo rendimiento lo canalizaron a grupo integrado donde hizo nuevamente dos veces primero de primaria. Actualmente asiste a educación especial donde por su mal comportamiento, sólo acude dos veces por semana ya que la maestra no lo quiere en su salón.

Su comportamiento en la escuela es principalmente de inquietud, de distracción, de enojo y llanto, no obedece, se sale del salón para "dar la vuelta" y luego regresa. Tiene dificultad en la sociabilidad. Tenía antes un amigo pero no fue capaz de mantener relaciones interpersonales duraderas.

En una ocasión, al informarles la maestra que se incorporaría una nueva compañera de clase una vez que se aliviara de alguna enfermedad no grave, David, sin conocerla y al saberla enferma, reaccionó con tal hipersensibilidad, que le impidió asistir a la escuela tres días, durante los cuales lloró por la compañera enferma que no conocía.

#### **Historia Familiar:**

David es el 5 hijo y el menor de la familia constituida por:

Madre de 50 años, casi analfabeta, se emplea como sirvienta en dos diferentes lugares, su horario de trabajo es de 5:00 a.m. a las 19:00 hrs. padece de CA mamario, actualmente se encuentra recibiendo tratamiento.

Padre de 45 años escolaridad se ignora, trabaja como cargador. No vive con la familia de David desde hace 16 años. Los ve muy ocasionalmente y David sabe que su padre tiene otra familia.

Los hermanos de David son Oscar de 15 años con problemas serios de conducta, actualmente no quiere estudiar. Está recibiendo tratamiento en el Dpto. de Psiquiatría. Sergio de 20 años, vendedor en puestos. Un hermano de 21, padece claustrofobia e insomnio, casado con una mujer de 20 años. Hermana de 23 años, madre soltera de un niño de 6 años.

La dinámica familiar es disfuncional, ya que la autoridad y los roles no se encuentran bien definidos. La madre es el principal soporte económico; la comunicación es difícil, parece ser un entorno hostil, donde David ocupa un lugar depositario de enojo de los hermanos y de la madre. Constantemente se le insulta con palabras como "loco" y "perro". Hay constantes riñas físicas y verbales.

#### **Historia Personal:**

Cuando la madre de David se supo embarazada, se enojó mucho y se sintió muy mal, "se me vino el mundo encima", "yo ya era grande y tenía hijos grandes y pensé que mi familia se iba a enojar, me sentí asustada, además me dí cuenta a los 7 meses de embarazo" (sic). Ella relata que fue por un encuentro casual con el marido que quedó embarazada, ya que éste hacía siete años que no vivía con ella. Cuando él supo del embarazo le ayudó económicamente al principio, sin embargo, él ya había formado otra familia y no los visitaba frecuentemente. Durante el embarazo la madre de David, recuerda haberse sentido muy sola y triste, se puso entonces a trabajar más, consiguiendo tres turnos de trabajo, por un lado para tener más dinero, y por el otro para no sentirse sola.

Cuando vio al niño por primera vez, dice acordarse de haberlo visto muy delgadito, "tal vez inconscientemente lo rechazé" (sic).

Recuerda que cuando lo amamantaba no le gustaba ni al niño ni a ella; David no recibía la leche fácilmente, y la Sra. dice haber tenido mucho dolor, se agrietaron y sangraron sus senos, por lo que prefirió darle biberón. Esto además solucionaba su necesidad de seguir trabajando, ya que si no lo amamantaba, le resultaba más fácil dejarlo encargado con alguien que lo cuidara.

Los hermanos mayores generalmente cuidaban de él, sin embargo, ellos eran muchachos de 11-12 años y David era un bebé que requería una atención extra (fibroma esofágico, convulsiones, irritabilidad, etc.).

Ante esto los hermanos no sabían cómo tratarlo y en ocasiones le ponían chile en la boca para que dejara de llorar.

Recuerda la madre que David podía llorar por horas enteras, hasta que ella regresara. Generalmente cuando esto sucedía, lo encontraba descuidado, hambreado, llorando y cansado.

La tensión se incrementó ya que David fue cada vez más difícil de controlar y las demandas afectivas de éste cada vez se hicieron más grandes. La madre optó por tenerlo pegado a ella todo el tiempo, aún en sus trabajos, sin embargo, como no lo podía controlar para que se comportara adecuadamente había que estarle pegando constantemente.

Ante la dificultad de David para las cuestiones escolares, la madre se ha enojado mucho, le ha pegado mucho, sin obtener buenos resultados. La madre toma cualquier pretexto para no llevarlo a la escuela.

### **Aspectos Personales:**

David es un niño sensible e inteligente; capaz de expresarse verbalmente de una manera clara cuando no se siente presionado. Cuando se le solicitó realizar alguna tarea en específico, su primera respuesta es "no sé, no puedo", mostrando inseguridad en sí mismo.

Cuando logra hacer algo bien, no siente que él fue quien lo logró, más bien lo toma como si fuera un éxito de alguien más.

Su atención es sumamente lábil y dispersa, pasa rápidamente de un estímulo a otro.

En los dibujos e historias que realiza así como en sus juegos todo acaba destruido o muerto, predominando un sentimiento de desesperanza.

La ansiedad se encuentra libre y difusa, impidiéndole concentrarse en cualquier actividad. Cuando hay algún estímulo que le dispare su ansiedad, ésta se incrementa y le resulta sumamente difícil controlarla. Por ejemplo, cuando se enteró de que una niña de su salón, a la cual no conocía se encontraba enferma, él se angustió tanto y en forma escalada que le impidió asistir a la escuela tres días. Cuando se enteró de alguna noticia (nacional o intencional), la vive tan dramáticamente que le afecta en lo personal muy desfavorablemente.

David no tiene tolerancia a la demora, cuando desea algo, no puede esperar para verlo satisfecho. Esto le ocasiona que muy frecuentemente haga berrinches y esté enojado.

Prevalece en él un sentimiento de desesperanza: nada parece tener un buen final, nada acaba bien, todo es malestar y muerte.

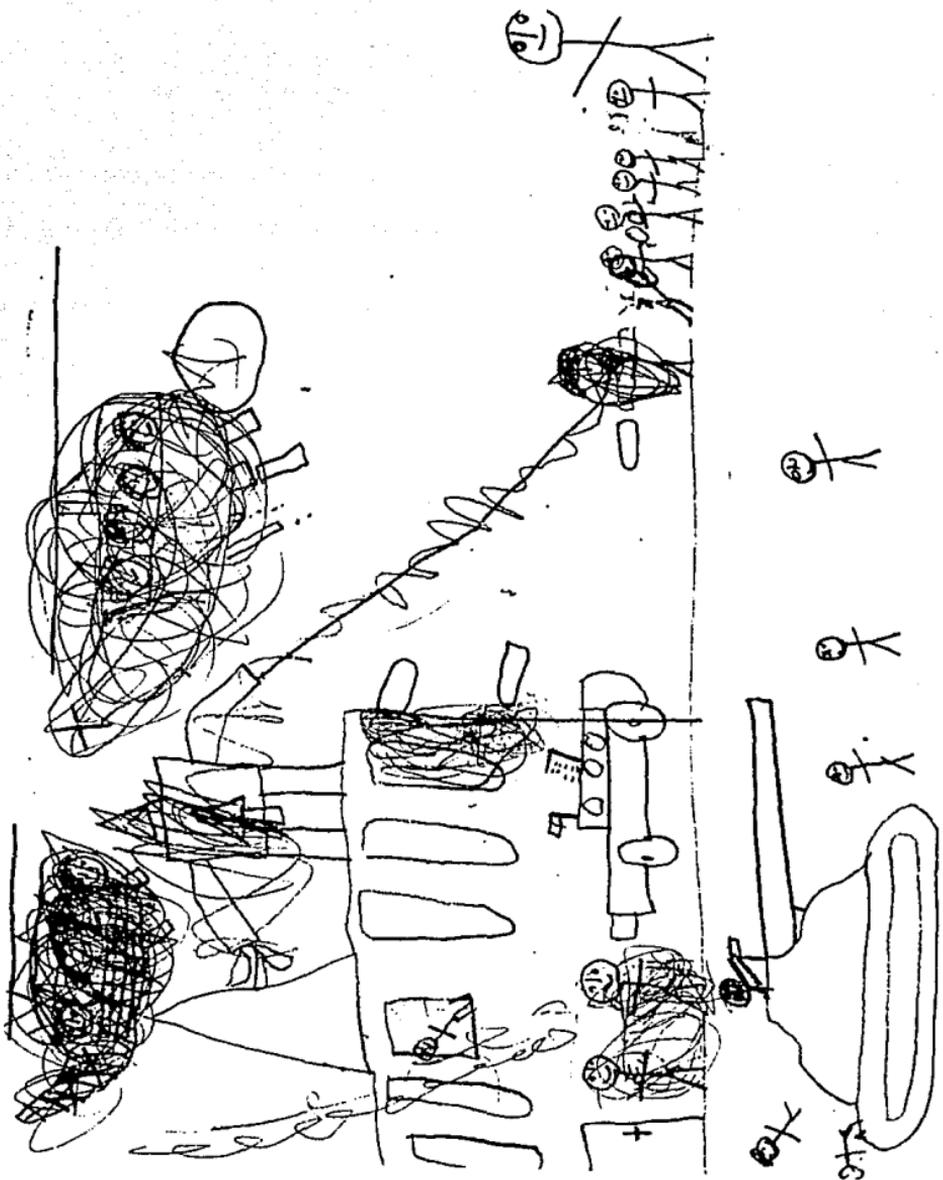
Su funcionamiento en general (también intelectual) podría ser funcional, sin embargo, en algunas ocasiones, ante la escalada de ansiedad, pierde la concentración y la importancia de lo que esté desempeñando, todo pierde sentido.

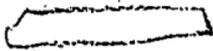
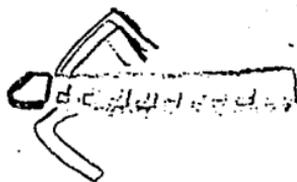
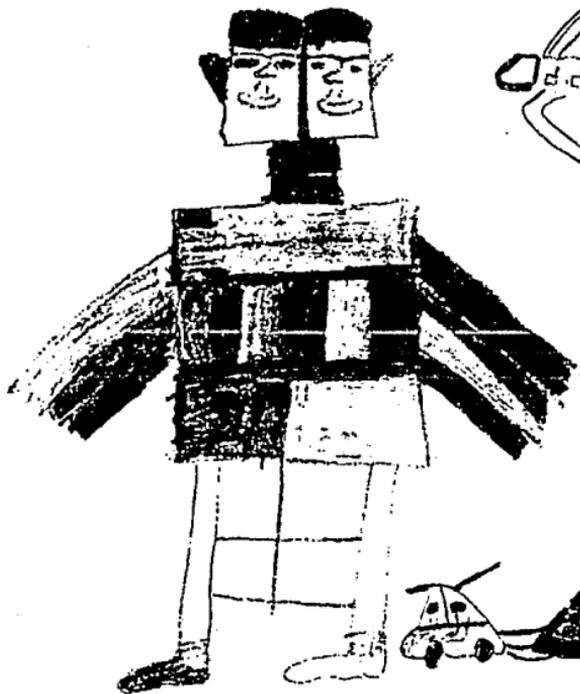
David se siente incapaz de pensar y actuar por sí solo, ante cualquier tarea, espera ser dirigido, hasta en sus propios deseos, gustos y disgustos.

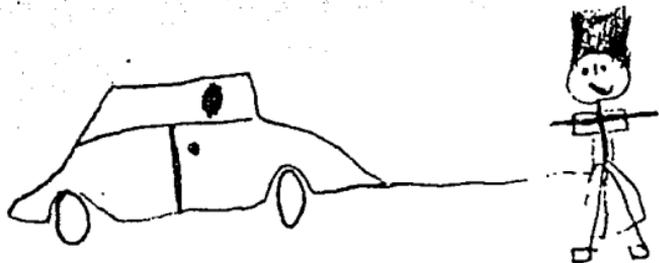
Tiene una seria incapacidad para relacionarse con otros, ya que lo golpean o bien, él mismo provoca que lo golpeen. Con el examinador en cambio, al sentirse escuchado y atendido, participó con interés como para mantenerlo contento, y que éste lo quiera. Muy frecuentemente trafa regalos diciendo: "para que tú estés contenta".

Por todo lo mencionado hasta el momento y con base en los fundamentos clínicos y teóricos, David parece estar cursando con un síndrome borderline.

A continuación se presentan algunos de sus dibujos y sus historias a fin de complementar la información antes descrita.



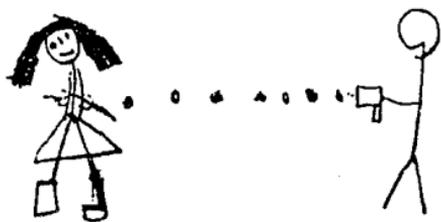




El era pobre y después aventaron una bolsa con mucho dinero y se compró ropa y zapatos y una camisa, y le encontraron que él tenía el dinero y lo iban a atropellar y lo mataron y lo llevaron a un hospital y lo curaron y revivió y como le habían quitado su ropa, compró mas ropa y compró una casa.

Era un mounstruo y el lo mató porque había comprado una pistola y se disfrazó de momia y lo mataron.

Tiene el pelo feo porque no se lo corta y se le paró porque se espantó de ver al monstruo. (sic David)



**Era una niña que tenía un pie enfermo, uno grandote y uno chiquito porque la atropellaron porque nadie la quería y la mataron y la hicieron robot, la curaron y la dijeron que usara lentes. A la niña le dieron un balazo en el ojo. La andaba cuidando una Sra. que se llamaba Sra. de las Conchitas y le daba de comer, le compraba ropa y la volvieron a matar y murió, la mataron tres veces porque nadie la quería. (sic David)**

## **SEXTA PARTE: CONCLUSIONES Y DISCUSION**

## CONCLUSIONES Y DISCUSION.

Con base en los resultados obtenidos y conforme a la bibliografía revisada, se puede concluir lo siguiente:

- 1.-Hay cierta dificultad en los niños borderline en cuanto a la expresión verbal, posiblemente esta capacidad se ve limitada más que por una pobre estimulación temprana, por una incapacidad para involucrarse y mezclarse con otros. Dado que el lenguaje pertenece al orden simbólico, podríamos suponer que alguna alteración apunta en este sentido.
- 2.-Hay una significativa dificultad en los niños del grupo borderline para la adquisición de nuevos conocimientos; parecería que los niños de este grupo se muestran poco interesados por la información de su medio circundante, ya que todo aquello que implique una superación académica es poco atractivo para ellos y se esfuerzan poco o nada en lograrlo.
- 3.-A pesar de no existir diferencia significativa, los niños del grupo borderline presentan mayor dificultad en la capacidad de análisis y síntesis a nivel auditivo-verbal. Parecería que estos niños se encuentran funcionando en un nivel concreto-funcional predominantemente, sin embargo, es de llamar la atención que si fueron capaces de hacer abstracciones más profundas, lo cual nos hablaría de la existencia de una capacidad de organización intelectual más madura.
- 4.-Los niños del grupo borderline que participaron en este estudio, mostraron una significativa dificultad para la resolución de cuestiones aritméticas sin la ayuda de lápiz y papel. Al parecer, existe una dificultad en la atención selectiva y en la concentración. Si bien es cierto que son capaces de utilizar las operaciones básicas de suma y resta, no son capaces de aplicar las operaciones más complicadas (multiplicación y división) en situaciones que impliquen el manejo numérico de la vida cotidiana.
- 5.-Tanto los niños participantes en el grupo control como en el grupo borderline, mostraron dificultad en la capacidad de concentración y atención selectiva; ambos grupos mostraron dificultad en la capacidad de memoria auditiva inmediata y a corto plazo. Al parecer los sujetos de ambos grupos, ante un incremento de ansiedad, decrece su ejecución general, y en especial la capacidad de memoria auditiva a corto plazo.
- 6.-Los sujetos del grupo borderline fueron significativamente menos observadores que los sujetos del grupo control; estos últimos se mostraron más capaces de discriminar los detalles de una situación general.
- 7.-Los sujetos del grupo borderline son menos capaces en relación al grupo control, de establecer secuencias espacio-temporal, así como de encontrar una relación causal. Parecería que a los sujetos del grupo borderline se les dificulta hallar una secuencia con temporalidad y que se ajuste a las exigencias sociales. Posiblemente exista una mayor dificultad en la destreza psicomotora de este grupo en comparación del grupo control.
- 8.- Hay en los niños borderline una deficiente capacidad de análisis y síntesis a nivel visual. Hay una mayor dificultad por parte de estos niños para formar totalidades a partir de elementos aislados.

9.-A pesar de no existir diferencia estadística significativa, los niños del grupo borderline mostraron una mayor dificultad para la agrupación de elementos separados en un todo sin modelo a seguir, esto bien pudiera estar relacionado por un lado, a la dificultad en la capacidad de anticipación, de reflexión deductiva y de integración visual, y por el otro, por una dificultad en las capacidades de organización visual y destreza psicomotora.

10.-Las capacidades de memoria visual inmediata y a corto plazo, la capacidad de codificación-decodificación, la de velocidad psicomotriz así como de aprendizaje, se encuentran significativamente reducidas en los niños del grupo borderline.

11.-No existe diferencia significativa entre el C.I. Verbal y el C.I. de Ejecución en ninguno de los dos grupos, lo cual indica que ambos grupos mostraron una ejecución consistente tanto en los aspectos psicolingüísticos como en aspectos visomotores.

12.-Los sujetos del grupo borderline, obtuvieron (conforme a X), puntajes más bajos que los ubicarían en diagnósticos limítrofes en cuanto a su desempeño cognoscitivo.

Se puede concluir con base en los datos obtenidos en la prueba de Rorschach, que hay una ansiedad generalizada y flotante en estos niños. Se encuentra constante y está en riesgo de incrementarse en cada momento, con cualquier estímulo por pequeño que éste sea. Así notamos por ejemplo, en el mismo proceso que algunos sujetos se fueron invadiendo por la ansiedad, y que a pesar de no tener distorsiones sistemáticas, los elementos de su propia percepción se iban distorsionando de tal manera que el contenido era cada vez más amenazante. Así lo que empezaba con una percepción de forma adecuada, se iba distorsionando para acabar en ocasiones, en una percepción perturbada. Esto se relaciona con lo mencionado anteriormente en los fundamentos teóricos, es decir, son capaces de expresar contenido de proceso primario en características de proceso secundario.

El contacto con la realidad que estos niños establecen no es psicótico, sin embargo, las distorsiones que hacen son el resultado de la dificultad en las funciones yoicas.

Desde el punto de vista genético-dinámico, se ha descrito el origen de la patología basado en el desarrollo temprano, en la fase de separación-individuación descrita por Mahler. Si bien nosotros encontramos respuestas en la prueba de Rorschach que fueran en este sentido de unión y fusión, hallamos más respuestas que iban en función de la fragmentación. Como si el saberse en una relación simbiótica, los ubicaría en un plano de fragmentación, i.e. si se separa de la madre, su existencia se tornaría imposible ya que no son uno, separado de la madre; son uno con la madre. Esta es una cuestión delicada y difícil de solucionar porque se atenta contra la integridad de uno mismo. De ahí que la ansiedad no sea ansiedad de castración (más neurótica), parecería tratarse de ansiedad de aniquilación, de destrucción.

Esto se relaciona con la pulsión agresiva que se deriva de las respuestas en los protocolos del Rorschach. Al parecer hay una ira contenida que amenaza constantemente con desbordarse y que parece ser muy difícil de contener. La pregunta que surge como consecuencia sería, ira hacia qué y/o por qué. Habrá que cuestionarse si se trata de una ira por no poder separarse y funcionar independientemente de la

madre, o ira por sentirse aniquilado, ira por sentirse no-atendido en la demanda de amor, ira por sentir una amenaza constante contra Sfmismo?

Se encontró también en estos niños un sentimiento de impotencia y desesperanza, lo cual pudiera estar asociado historia temprana de desarrollo, de donde se plantea el para qué esforzarse si la madre parece no ocuparse de ellos en la forma que ellos necesitan.

El contenido de las respuestas fue en su mayoría trágico, tocante en muchas ocasiones a la muerte.

A diferencia de otros protocolos, los niños borderline muestran contaminación en algunas de sus respuestas así como perseveraciones, es decir, lo que fue percibido en alguna lámina, se repeta en las siguientes a pesar que la prueba de realidad no estuviera distorsionada.

Así mismo, era más frecuente encontrar respuestas poco organizadas, por ejemplo, que nombraran el color, intentando darle un contexto formal, por ejemplo, pintura azul. Sangre, porque los ratones tienen sangre.

Por todo lo mencionado anteriormente, parece sí haber diferencias entre las respuestas de los niños borderline y la de los niños control. Si bien no se diferencian en cuanto a los determinantes, sí lo hacen en cuanto al contenido.

Para concluir parece entonces ser evidente que la prueba de Rorschach sí es un instrumento útil para establecer un diagnóstico diferencial de los niños borderline, y para conocer aspectos más profundos de su personalidad.

## DISCUSION.

Hay diferencia significativa entre el grupo de niños control y el grupo de niños borderline, con respecto a su funcionamiento intelectual, con esto se pone de manifiesto que son más hábiles los niños del grupo control para la comprensión verbal, la fluidez verbal, la capacidad para manejar conceptos numéricos, la habilidad de encontrar y visualizar relaciones espaciales, la memoria auditiva, la velocidad perceptual, así como el razonamiento general.

El funcionamiento intelectual se encuentra íntimamente relacionado con aspectos profundos de la personalidad, por lo que ésta "falla" en el funcionamiento intelectual de los niños borderline deberá ser tomada con reserva y bajo la premisa de una alteración de personalidad subyacente.

Esta dificultad en el funcionamiento intelectual puede ser considerada como una alteración en el funcionamiento yóico; esto es acorde a lo planteado por Rosenfeld y Sprince (1963), Marcus, J. (1963), Bemporad et al. (1982), Pfefferbaum, B. et al. (1986), Liebowitz (1987) y Noshpitz, J. (1987).

También se encontró que hay diferencia en cuanto la forma de organización de la personalidad; los niños borderline parecen ser niños con una ansiedad difusa y generalizada, esto pudiera afectar su funcionamiento en general (incluyendo el

intelectual). Son niños incapaces de controlar su ansiedad, y en muchas ocasiones tampoco pueden controlarse ellos mismos. (Weil, 1953, Rosenfeld y Sprince, 1963, Marcus, J. 1963, Rosenfeld, S. 1975, Palento, et al. 1977, Bemporad et al. 1982, Liebowitz, 1987, Noshpitz, 1987, Petti y Vela, 1990 y Wenning, K. 1990).

La forma en cómo establecen contacto con otros es superficial y fluctuante entre el amor y el odio. El vínculo que establecen es controlado y de demanda exagerada.

Las fantasmas de estos niños frecuentemente son tocantes a la fragmentación y desintegración, lo cual interfiere con sus relaciones interpersonales. Son niños vulnerables y sensibles, y parecen matizar su vida con sentimientos de rabia y dolor.

La tendencia de todas sus acciones parece tener un final trágico como si de base sólo existiera la desesperanza. Esto corrobora lo mencionado por autores como Singer, M. (1960), Marcus, J. (1963), Rosenfeld y Sprince, (1963), Petti, T. y Vela, R. (1989), Liebowitz, (1987) y Noshpitz, (1987).

En cuanto a la temprana relación materno-infantil, la cual, suponemos pudo haber afectado la organización de la personalidad, encontramos diferencias entre ambos grupos. Las madres del grupo experimental no les dieron a sus hijos un lugar especial desde la gestación, parecieran más bien ser una carga. La mayoría de estas madres no disfrutó plenamente la infancia temprana de sus niños y fueron "encargados" a otras personas para que cuidaran de ellos. Estas madres parecieron cansadas de la crianza de sus niños.

Estas conclusiones podrían ir en la misma línea planteada por Kernberg, P. (1983), donde se enfatiza la temprana relación materno infantil como organizador del Sí mismo.

Weil, (1953) observó que los niños borderline habían sufrido tensiones en una temprana de su vida debido a una deficiente calidad en el maternaje, caracterizado por inadecuación y rechazo.

Estas consideraciones corroboran lo planteado en este sentido por Rosenfeld, S. (1975), Noshpitz, (1987) y Wenning, K. (1990).

Hay diferencia cualitativa entre ambos grupos en el proceso de separación-individuación, e inclusive parecería que las etapas previas de su desarrollo tampoco fueron resueltas adecuadamente; parecería que las madres del grupo experimental necesitaban a sus hijos muy cerca, y les impedían tener un funcionamiento propio, sin embargo, no por tenerlos cerca se pre-ocupaban por ellos. Las demandas de estos niños parecen no estar satisfechas en función de ellos, sino más bien, se satisfacían únicamente en función del deseo de la madre.

Mahler, M. (1948) fue la primera en describir la importancia del proceso de separación-individuación para la estructuración de la personalidad, los hallazgos de este estudio son acordes a lo planteado por Masterson en 1977 (con base en Mahler), en el sentido de una dificultad en la organización de la personalidad de la propia madre, de tal forma que a pesar de tener a su hijo muy cerca, le impide desarrollarse adecuadamente. Siguiendo en la misma línea, nuestros resultados son acordes a lo planteado por autores como Rosenfel y Sprice (1963), Rosenfeld, S. (1975), Palento, et al. (1977) y Bradley, S. (1979).

Las cuatro hipótesis Hi fundamentales del estudio fueron aceptadas y corroboran los fundamentos teóricos.

Estos niños (del grupo experimental) tuvieron numerosos eventos en sus vidas que les resultaron difíciles de afrontar. Más aún, parecía que se asociaron múltiples factores para que se diera el trastorno, por un lado, eran niños constitucionalmente más irritables, niños que requerían una atención mayor, por el otro lado, la madre no se sentía ni dispuesta ni capaz de entablar un vínculo adecuado con el niño; aunado a esto, la familia, la mayoría de las veces, se encontraba en un estado de mucha tensión, lo cual no favorecía un óptimo desenvolvimiento de la personalidad.

Estos resultados son acordes a lo encontrado en la literatura revisada (Rosenfeld y Sprince, 1963, Bemporad et al. 1982, Pine, F. 1986 y Petti y Vela, 1990).

Las madres que mostraban alguna dificultad en su capacidad de maternaje, se encontraron ante un niño irritable y demandante, y ante una situación familiar difícil.

Parecería que las historias tempranas de estos niños se encuentran matizadas por un sentimiento de desesperanza, de ira y de tristeza, lo cual la madre en ocasiones lo transmitía y los niños a su vez lo vivían.

Por todo lo mencionado a lo largo de este trabajo, se podría plantear un modelo explicativo del trastorno. Este modelo se basa de una forma general en 4 puntos que posiblemente conllevan a la enfermedad:

a). Un niño constitucionalmente vulnerable e irritable (que por lo mismo demanda mucha atención y cuidado).

b). Algún déficit de desarrollo en una o más áreas (motora, perceptual, sensorial, etc.) o bien, constantes traumas en su desarrollo.

c). Una difícil relación materno-infantil, donde el lugar que ocupa este niño no es siempre de reconocimiento como individuo independiente y deseante, relación tal que impida en lo subsiguiente una sana estructuración de la personalidad

d). Por último un entorno familiar hostil, donde el niño tiene constantemente que lidiar con dobles mensajes y con un lugar de receptor de agresiones de otros.

A partir de esto quedan interrogantes de importancia, que se formulan de la siguiente manera: ¿de qué depende la irritabilidad constitucional de estos niños?, ¿cómo afecta sobre un individuo sensible, un trauma y por qué se vive de una forma exagerada?, ¿cómo es realmente la calidad afectiva de esta madre y cómo influye en su hijo para que éste logre una difícil relación objetiva?, ¿qué papel viene a jugar un niño difícil en una familia hostil y disfuncional?

El trastorno fronterizo en la infancia es un cuadro difícil de diagnosticar, y más difícil aún resulta el abordaje. Este estudio puso de manifiesto el papel trascendental que toma la madre en el desarrollo o no del cuadro fronterizo.

El presente estudio intentó delimitar el síndrome borderline en la infancia con base en la literatura revisada, así como en los hallazgos de la investigación. Por medio de este aislamiento nosográfico en población mexicana, se pretendió ubicarlo dentro de una estructura de desarrollo. Se intentó también encontrar algunos indicadores que

bien fueran signos para el establecimiento del cuadro clínico, así como algunos síntomas que se asocian y sean ayuda para el establecimiento del diagnóstico.

Se enfatizó la importancia de la madre como organizador psíquico de su hijo en su calidad de inmaduro. En este juego de deseos se crea una estructura especial la cual está en función del lugar simbólico que ocupa este hijo en la vida de la madre.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

El estudio se vio limitado en diferentes aspectos, por un lado el cuadro nosológico *per se* es de difícil acceso, los niños existentes que han sido diagnosticados con Trastorno Fronterizo de la Personalidad presentan gran variabilidad en la manifestación de sus síntomas, pudiendo por lo tanto confundirse con otras entidades nosológicas.

Así mismo, por la epidemiología y la incidencia del mismo síndrome, el tamaño de la muestra fue pequeño, esto limitó en gran medida el manejo de los resultados. Si bien es cierto que este abordaje tiene sus limitaciones a nivel estadístico, el alcance logrado es a nivel clínico, por tal motivo, los resultados estadísticos deberán ser tomados con reserva; no sucediendo lo mismo con los hallazgos clínicos.

Por otro lado, el material utilizado para estudiar esta población, fue útil para profundizar en algunas áreas, sin embargo, se dejaron de lado (por el mismo diseño de las pruebas) algunos aspectos a los que sólo se pudiera tener acceso por vía de la psicoterapia.

La principal limitante de este trabajo consistió en querer investigar a fondo, aspectos profundos de personalidad por medio de instrumentos que por sí mismos son de alcance reducido. Esto sin embargo fue base para extrapolar información y ampliar el conocimiento acerca de estos niños.

Este estudio pretendió por medio de instrumentos muy "rígidos" conocer aspectos más profundos de las frágiles vidas de estos niños; los resultados pretenden sensibilizar al profesional del campo de la salud mental, al respecto del trastorno borderline, así como plantear interrogantes que abran vías de investigación. Estas interrogantes van en función al momento y la forma en cómo se organiza la personalidad para conformarse de tipo fronterizo.

Se sugiere para siguientes investigaciones hacer un trabajo paralelo con las madres de los pacientes, ya que si bien fueron entrevistadas en el presente estudio, no se profundizó en cuanto a su personalidad. Basándonos en el supuesto teórico que la deficiente calidad en el maternaje es predisponente para la formación patológica de la personalidad y que éste se encuentra relacionado directamente en la forma cómo la madre consolida su personalidad, sería sumamente interesante para una futura investigación, explorar más estos aspectos.

Se sugiere también buscar alguna otra forma para el estudio de este síndrome, ya que los instrumentos existentes no alcanzan a contemplar la totalidad de la patología y por vía de la psicoterapia los hallazgos son muy individuales; sería de gran utilidad entonces, diseñar algún método de estudio que sea lo suficientemente sensible para detectar elementos personales característicos de la patología, pero sin dejar de lado que el abordaje pudiera ser extensivo a otros niños; es decir, diseñar algún método que permitiera estudiar aspectos generales del cuadro clínico, sin dejar de lado las manifestaciones más personales de éste.

## BIBLIOGRAFIA

- Aarkog, T. (1981). The borderline concept in childhood, adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. supl. 293, 65.
- \_\_\_\_ (1985). Borderline and psychotic adolescents' relationship to their parents: a therapeutic point of view. *Adolescence*. XX. No. 79, fall, 681-687.
- Ajuriaguerra, J. (1983). Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Masson. Barcelona México. pp 607-731.
- Alcock, T. (1975). La Prueba de Rorschach en la Práctica. Fondo de Cultura Económica. México.
- American Psychiatric Association. (1988). Manual Diagnóstico y Estadístico para Trastornos Mentales. D.S.M. III-R. Ed. Masson. Barcelona, España.
- Ames, L.B., Learned, J. y Walker, R.N. (1972). El Rorschach Infantil. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Ames, L.B., Metraux, R.W. y Walker, R.N. (1977). El Rorschach Infantil de Diez a 16 años. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Arieti, S. (1974). Interpretation of Schizophrenia. Crosby Lockwood Staples. London.
- \_\_\_\_ (1979). Understanding and Helping the Schizophrenic. Basic Books, Inc. Publishers/New-York.
- Arieti, et al. (1974). American Handbook of Psychiatry. Second Edition. Basic Books Inc. Publishers/New-York.
- Bagedal-Strinlund, M. (1986). Mentally ill mothers and their children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 74, 32-40.
- Bemporad, J.R., Smith, H.F., Gaene, H. y Ciccetti, O. (1982). Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis. *American Journal of Psychiatry*. 139, May, 596-602.
- Blum, H.P. (1979). The borderline childhood of the wolf-man. *Monographs of the Journal of the American Psychoanalytic Association*. 721-743.
- Bradley, S. (1979). The relationship of early maternal separation to borderline personality in children and adolescents: A pilot study. *Am. Jo. of Psychiatry*, 136:4A, April, 424-426.
- Brazelton, T.B. (1983). Assessment in Early Infancy as an Intervention. Harvard Medical School. Boston, MA. U.S.A.
- Chethik, M. (1986). Levels of borderline functioning in children: etiological and treatment considerations. *Am. Jo. of Orthopsychiatric Association*. 56(1), 109-119.
- Davis, A. (1973). Issues in Abnormal Child Psychology. Books/Cole Publishing Company. U.S.A.
- Diatkine, R. y Simon, J. (1975). El Psicoanálisis Precoz. Siglo XXI Editores. México.
- Duncan, R.C., Knapp, R.G. y Miller III, M.C. (1977). Introductory Biostatistics for the Health Sciences. John Wiley & Sons. U.S.A.

- Eisenberg, L. y Chess, S. (1978). El Niño Perturbado. (Freedman, A.M. y Kaplan, H.J. compiladores). Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Freud, A. (1985). Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del Adolescente. Ed. Paidós. Buenos Aires. 65-74.
- \_\_\_\_ (1986). El Psicoanálisis Infantil y la Clínica. Ed. Paidós. México.
- \_\_\_\_ (1971). Normalidad y Patología en la Niñez. Ed. Paidós. Argentina.
- Freud, S. (1925). Obras Completas. La Negación. Ed. Amorrortu. Argentina.
- Friedman, R.C. y Corn, R. (1987). Suicide and the borderline depressed adolescent and young adult. *Jo. of Am. Academy of Psychoanalysis* 15(4), 429-448.
- Greenman, D.A., Gunderson, J.G., Cane, M. y Saltzman, P.R. (1986). An examination of the borderline diagnosis in children. *Am. Jo. of Psychiatry*. 143:8. 998-1003.
- Guilford, A. y Fruchter, M. (1973). Statistics in Psychology and Education. International Student Edition. Tokyo.
- Gunderson, J.G., Kolb, J.E. y Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *Am Jo. of Psychiatry*. 138:7 July, 896-903.
- Heard, D. (1987). The relevance of attachment theory to child psychiatric practice: an update. *Jo. of Child Psychology and Psychiatry*. 28:1, 25-28.
- Hoffman, N. y Frank, H. (1987). Borderline empathy and borderline pathology: constitutional considerations. *Comprehensive Psychiatry*, 28:5 (Sept/Oct), 412-415.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, D., Zak, L. (1986). Family violence and child adjustment: a comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. *Am. Jo. of Psychiatry*. 143:1, Jan, 74-76.
- Kaplan, H.J. y Sadock, B.J. (1981). Modern Synopsis of Psychiatry/III. Williams & Wilkins. Baltimore/London.
- Kernberg, O.F. (1979). Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico. Ed. Paidós. Argentina.
- \_\_\_\_ (1989). La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis. Ed. Paidós. México.
- Kernberg, P.F. (1983). Mother-Child Interaction Self Awareness and its Reflection in the Mirror. *Writings of the Second World Congress of Infant Psychiatry*. March-April. France.
- \_\_\_\_ (1990). Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. *Jo. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29:3, May, 478-483.
- Klein, M. (19--). Obras Completas IV. Nuevas Direcciones en Psicoanálisis. Ed. Hormé. Ed. Paidós. Argentina.
- Klopfer, B. y Davidson, H.H. (1966). Técnica del Rorschach. Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Kohut, H. (1989). Análisis del Self. El tratamiento Psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Arg.

- Kullgren,G.(1987). An empirical comparison of three different borderline concepts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*:76.246-255.
- Langmeier,J. y Matejcek,Z.(1976). Psychological Deprivation in Childhood. John Willey & Sons, New-York, Toronto.
- Ledoux, M.H.(1987). Concepciones Psicoanalíticas de la Psicosis Infantil. Ed. Paidós,Barcelona.
- Liebowitz, J.H.(1987). Descriptive aspects and clinical features of borderline children and adolescents.An empirical study.Hospital Cornell Medical Center Publication. New-York, U.S.A.
- Lidz,T(1983). The person:His and Her Development Throughout the Life Cycle. Basic Books, Inc. Publishers.New-York.
- Lidz, T., Stephen, F. y Cornelison, A.R.(1975). Schizophrenia and the Family.International Universities Press Inc. New-York, U.S.A.
- Mahler,M.M.(1977). El Nacimiento Psicológico del Infante Humano. ED. Marymar.Buenos Aires, Argentina.
- \_\_\_\_\_.(1980). Simbiosis Humana:las Vicisitudes de la Individuación (1).Ed. Joaquín Mortiz. México.
- Marcus,J.(1963). Borderline states in childhood.Jo. Am. Psychology and Psychiatry.4207-218.
- Masterson,J.F.(1973).Tratamiento del Adolescente Fronterizo. Ed. Paidós.Asappia.Buenos Aires.
- Mc.Neil, T.F.(1988). A prospective study of postpartum psychoses in high-risk groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*:78, 471-477.
- Melges, F.t. y Swartz, M.S.(1989). Oscillations of attachment in borderline personality disorder.Am. Jo. of Psychiatry, 146:9Sept, 115-1120.
- Marcelli, D.(1981). Les Etats Limites en Psychiatrie.Presses Universitaires de France.France.
- Mors, O.(1988).Increasing incidence of borderline states in Denmark from 1970-1975.*Acta Psychiatrica Scandinavica*:77,574-583.
- Morris,H. Gunderson,J.G. y Zanarini,M.C.(1986). Transitional object use and borderline psychopathology. *Am. Jo. of Psychiatry*.143:12.Dec.1534-1538.
- Myhrmaman,A.(1988). Family relation and social competence in children unwanted at birth. *Acta psychiatrica Scandinavica*:77,181-187.
- Noshpitz,R.(1989). Child Psychiatry. The borderline Child,305-320.
- Persson-Blenow,J., Naslund,B., McNeil, T.F. y Kaij,L.(1986). Offspring of women with nonorganic psychosis:mother-infant interaction at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica*:73,207-213.
- Paz, C.A., Palento,M.L. y Olmos de Paz,T.(1977). Estructuras y/o Estados Fronterizos en Niños y Adultos.Tomos II y III. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.

- Petti, T.A. y Vela, R.M.(1990). Borderline disorders of childhood:An overview.Jo. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 29:3,327-337.
- Pfefferbaum, B., Mullins,D., Rhoades, H.M. y McJaughlin, E.J.(1986). Rorschach assessment of borderline children.The Jo. of Psychology,12(3),219-228.
- Pine,F.(1986). On the development of the "borderline-child-to-be". Jo. of Orthopsychiatry.56:3,450-457.
- Plakum,E.M.(1987). Distinguishing narcissistic and borderline disorders usin D.S.M. III criteria.Comprehensive Psychiatry,28:5.(Sept/Oct),437-443.
- Rorschach,H.(1999). Psicodiagnóstico. Ed. Paidós.México.
- Rosenfeld,S.(1975). Some reflections arising from the treatment of a traumatized "Borderline Child". Monograph Series of the Psychoanalytic Study of the Child #5.Studies in Psychoanalysis:Pure and Applied.Yale University Press. London.47-63.
- Rosenfeld, S.K. y Sprince, M.P.(1963). An attempt to formulate the meaning of the concept "borderline".The Psychoanalytic Study of the Child, XVIII.
- Rowles, F.(1964),Clinical observations on a borderline psychotic child. Jo. of Child Psychotherapy. 1:2. Dec.26-34.
- Sattler, J.M.(1977). Evaluación de la Inteligencia Inteligencia Infantil. Ed. El Manual Moderno. México.
- Singer, M.(1960). Fantasies of borderline patient.The Psychoanalytic Study of the Child.XV.
- Szurek, S.A. y Berlin, I.N.(1973). Clinical Studies in Childhood Psychoses. Brunner/Mazel Publishers. New-York, U.S.A.
- Wenning,K.(1990). Borderline children:A closer look at diagnosis and tratment.Am. Jo. of Orthopsychiatry, 60(2).April,225-232.
- Westen,D., Ludolph,P., Lerner, H., Ruffin, S. y Wiss, Ch.(1990). Object relations in borderline adolescents.Jo. Am. Acad.Child Adolesc. Psychiatry,29:3,May 338-348.

**ANEXOS**



Las madres se aburren al darle leche/pecho a sus hijos, usted se aburría siempre  
 - - - - - casi - - - - - ocasionalmente - - - - - muy ocasionalmente - - - - -  
 nunca - - - - -

A las madres les molesta darle pecho a su hijo, a Ud le molestaba siempre - - - - -  
 casi siempre - - - - - ocasionalmente - - - - - muy ocasionalmente - - - - -  
 nunca - - - - -

Por qué le molestaba - - - - -

Cuando \*\* era bebé, cuántas veces al día le daba de comer? - - - - -  
 Cómo sabía cuándo darle de comer? - - - - -

Mientras lo alimentaba, qué otra cosa hacía? - - - - -

\*\*\* chupaba dedo? - - - - -

Cuándo \*\*\* era bebé, cuántas veces al día le cambiaba el pañal? - - - - -  
 Cómo sabía cuándo cambiarle el pañal? - - - - -

Mientras lo cambiaba, qué otra cosa hacía? - - - - -

A las madres les da asco cambiar y limpiar a sus hijos, a usted le desagradaba siem--  
 pre - - - - - casi siempre - - - - - ocasionalmente - - - - - muy ocasionalmente - - - - -  
 nunca - - - - -

Tenia \*\*\* algún objeto como cobijita o juguetito que nunca soltaba? - - - - - que  
 - - - - -

Si se lo quitaban él qué hacía? - - - - -

Hasta que edad lo tuvo - - - - -

Quién bañaba a \*\*\* - - - - -

Si lloraba Ud qué hacía? - - - - -

Quién lo baña actualmente? - - - - -

A qué edad empezó \*\*\* a hablar? - - - - -

Qué decía cuando hablaba - - - - -

Qué le hubiera gustado que le dijera? - - - - -

A qué edad empezó a caminar? - - - - -

Quién le enseñó? - - - - -

Quién cuidaba de él? - - - - -

A las madres les da miedo que sus hijos se escapen cuando ya caminan, a Ud. le pasaba  
 siempre - - - - - casi siempre - - - - - ocasionalmente - - - - - muy ocasionalmente  
 - - - - - nunca - - - - -

A las madres les da coraje que sus hijos se vayan lejos, a Ud. le daba coraje siempre  
 - - - - - casi siempre - - - - - ocasionalmente - - - - - muy ocasionalmen  
 te - - - - - nunca - - - - -

A las madres que tienen bebés, se les carga el trabajo y no les da tiempo de jugar con  
 ellos, entonces quién jugaba con \*\*\* - - - - -

A qué jugaba? - - - - -

Los juegos de los bebés son muy tontos, a Ud. le aburrían siempre - - - - - casi -  
 siempre - - - - - ocasionalmente - - - - - muy ocasionalmente - - - - -  
 nunca - - - - -

Cuando \*\*\* era bebé Ud. trabajaba? si - - - - - no - - - - -  
 de qué hora a qué hora? - - - - -

Con quién lo dejaba? - - - - -

Cómo lo encontraba cuando Ud. volvía? - - - - -

Cuando	Ud.	lo	dejaba	se
sentía aliviada	- - - -	libre	- - - -	desesperada
contenta	- - - -	triste	- - - -	culpable
				preocupada
				indiferente

Quando hay un bebé nuevo en la casa, se aumentan los problemas, cuáles se aumentan en su casa cuando nació? -----

La crianza de un bebé cansa mucho; recuerda Ud. que era lo que más le cansaba? -----

Cómo describiría la época cuando \*\*\* era bebé: muy mala  
mala \_\_\_\_\_ indiferente \_\_\_\_\_ buena \_\_\_\_\_ muy buena \_\_\_\_\_ por  
qué \_\_\_\_\_

Quando las madres cuidan al bebé, los padres se sienten enojados o celosos. Esto sucedía: siempre \_\_\_\_\_ casi siempre \_\_\_\_\_ ocasionalmente \_\_\_\_\_  
muy ocasionalmente \_\_\_\_\_ nunca \_\_\_\_\_

Quando hay un bebé nuevo casi siempre hay cambios en la pareja.

Como cambió el padre cuando \*\*\* era bebé?

Los padres prefieren no ayudar a atender bebés. El padre de \*\*\* la ayudaba a atenderlo: nunca \_\_\_\_\_ casi nunca \_\_\_\_\_ ocasionalmente \_\_\_\_\_ casi siempre \_\_\_\_\_  
siempre \_\_\_\_\_

Quando un bebé llora es muy molesto, Ud. qué hacía para callar a \*\*\* cuando lloraba?

y si seguía llorando? -----

Quando \*\*\* lloraba mucho y no se callaba Ud. se sentía:

enojada \_\_\_\_\_ molesta \_\_\_\_\_ fastidiada \_\_\_\_\_ enfurecida \_\_\_\_\_  
cansada \_\_\_\_\_ cansada \_\_\_\_\_ preocupada \_\_\_\_\_ entristecida \_\_\_\_\_  
harta \_\_\_\_\_

En esos momentos de enojo y cansancio las madres se sienten arrepentidas de haber tenido un bebé, a Ud. esto le sucedía siempre \_\_\_\_\_ muy frecuentemente \_\_\_\_\_  
frecuentemente \_\_\_\_\_ casi nunca \_\_\_\_\_ nunca \_\_\_\_\_

Como reaccionaron los hermanos de \*\*\* al enterarse de su nacimiento:

con enojo \_\_\_\_\_ celos/envidia \_\_\_\_\_ envidia \_\_\_\_\_ alegría \_\_\_\_\_  
resentimiento \_\_\_\_\_ indiferencia \_\_\_\_\_

Cuando \*\*\* aprendió a avisar para ir al baño?

Quién le enseñó? -----

Cómo le enseñó? -----

A las madres les molesta que sus hijos se orinen o ensucien, a Ud. le enojaba siempre  
casi siempre \_\_\_\_\_ ocasionalmente \_\_\_\_\_ muy  
ocasionalmente \_\_\_\_\_ nunca \_\_\_\_\_

Quando \*\*\* se porta mal usted se siente:

enojada \_\_\_\_\_ preocupada \_\_\_\_\_ malhumorada \_\_\_\_\_ contenta \_\_\_\_\_  
desinteresada \_\_\_\_\_ aburrida \_\_\_\_\_ apática \_\_\_\_\_

Los niños no entienden cuando se les habla, Ud. como logra que \*\*\* la obedezca?

y si no la obedece? -----

Quando no nos obedecen nos gustaría poder obligar con más fuerza o poder, Ud se siente así con \*\*\* todo el día \_\_\_\_\_ la mayor parte del día \_\_\_\_\_ una vez al  
día \_\_\_\_\_ frecuentemente \_\_\_\_\_ muy ocasionalmente \_\_\_\_\_ nunca \_\_\_\_\_

Hay niños tan terribles que dan ganas de encerrarlos y castigarlos muy fuerte; a Ud. le sucedió esto: siempre \_\_\_\_\_ casi siempre \_\_\_\_\_ ocasionalmente \_\_\_\_\_  
muy ocasionalmente \_\_\_\_\_ nunca \_\_\_\_\_

Todos los niños hacen berrinches y deben ser controlados, Ud. cómo la hace para controlar a \*\*\* ? le pega lo castiga le grita lo insulta lo amenaza lo deja de hablar

Cuando los niños hacen berrinches en público no apenan tanto que dan ganas de pegarles muy fuerte, a Ud. esto le pasa: siempre casi siempre ocasionalmente muy ocasionalmente nunca

Los hijos pertenecen a las madres y por eso les enoja cuando parecen más libres, Ud. se siente enojada por esto: siempre casi siempre ocasionalmente muy ocasionalmente nunca

Cuando los niños parecen incontrolables necesitamos de más fuerza para dominarlos para lograr esto Ud. les grita más fuerte les pega más fuerte, les pega con algo más como cinturón o zapato los castiga los amarra los quema no les habla los amenaza

Cuándo fue la primera vez que fue \*\*\* a la escuela? Cómo decidió que ya era tiempo de inscribirlo?

Cuándo lo llevaba a la escuela lloraba: siempre casi siempre ocasionalmente muy ocasionalmente nunca

Si \*\* se quedaba llorando Ud. generalmente se sentía tranquila in--tranquila asustada despreocupada preocupada

Cuando los niños lloran las madres piensan que estarían mejor con ellas, esto le sucedía siempre casi siempre ocasionalmente muy ocasionalmente nunca

Es común que las madres que dejan llorando a sus hijos quieran recogerlos antes o llevarse los de regreso, a Ud. le pasaba esto siempre casi siempre ocasionalmente muy ocasionalmente nunca

Dejar a los niños en la escuela siempre es difícil y doloroso, a Ud. le resultó muy difícil difícil indiferente fácil muy fácil

Se acostumbró \*\*\* a la escuela: muy rápido rápido lento muy lento

Qué le decían los maestros de \*\*\* Cómo obligaba a \*\*\* para que se acostumbrara a la escuela

Las madres que crían niños tienen muy poco tiempo para ellas y esto las enoja; a Ud. esto le pasaba siempre casi siempre ocasionalmente muy ocasionalmente nunca

Cómo era usted antes de tener a \*\*\* Cómo era usted después de tener a \*\*\*

Cómo describiría la época en la que nació y creció \*\*\* Qué cree usted que le pasa a \*\*\*

Por qué cree usted que la pasó? Cómo cree Ud. que podría ayudarlo?

## **Anexo 2: Criterio Diagnóstico para Niños Borderline establecido por Bemporad et.al. 1982**

### **1. Fluctuación en el Funcionamiento.**

Describe la habilidad del niño para pasar rápidamente de un estado neurótico a uno como-psicótico y viceversa dependiendo del grado de stress o de seguridad en el entorno. (no hay evidencia de delirio sistemático o de permanecer en un estado derehsta no-relacionado con la realidad).

### **2. Estados de Severa Ansiedad. (evidencia de a, b, o c)**

a. Rápido incremento de pánico/terror o aparente desesperanza manifestada en expresión facial de incremento de ansiedad (son capaces de comunicar su ansiedad, sin embargo, no son capaces de controlarla). La señal de ansiedad es vivida como una amenaza per se.

b. Síntomas prominentes de fobias.

c. Miedo a la autoaniquilación o fantasías/miedos de una inminente catástrofe.

### **3. Trastorno en el Contenido del Pensamiento.**

a. Fluidez de fantasía, lazos con la realidad/ o pensamiento psicótico. A pesar de no formar un delirio sistemático o delirio permanente, muestran un pensamiento bizarro, primitivo y desorganizado, especialmente bajo situaciones de stress. En ocasiones el contenido de su pensamiento puede estar matizado por temas de mutilación o de muerte.

b. Bajo rendimiento escolar, muestran un pensamiento literal o sumamente concreto. Problemas de aprendizaje o pobre desarrollo de las habilidades perceptuales o motoras.

### **4. Trastorno en las Relaciones Interpersonales.**

-Hostiles.

-Sádicas.

-Demandante/Dependiente.

### **5. Pobre Control Afectivo y Motor.**

a. Pobre control afectivo.

b. Pobre control motor.

### **6. Síntomas Asociados.**

-Funcionamiento social pobre.

-Falla en aprender de la experiencia.

-Falta de aliño.

-Evidente dificultad para adaptarse a situaciones nuevas.

-Evidencia de daño orgánico.

-Evidencia de uno o más síntomas asociados.

(ver listado de síntomas asociados)

### Anexo 3: Listado de Síntomas Asociados

Problemas Visomotores  
Incoordinación fina/gruesa  
torpeza motora.  
Resultados de EEG anormal  
Historia de dific. aprendizaje  
Lectura  
Escritura  
Matemáticas  
Atención Dispersa  
Impulsividad  
Tics  
Movimientos Estereotipados  
Enuresis  
Encopresis  
Comportamiento Bizarro  
Anorexia  
Hiperexia  
Insomnio  
Conducta Suicida  
amenaza  
intento  
Padecimiento Psiq. en familia  
En madre  
En padre  
En hermanos  
Depresión  
Abuso de droga/alcohol  
Padres separados/divorciados  
Peleas/riñas verbales familiares  
Peleas/riñas físicas familiares  
Abuso físico al niño  
Por el padre  
Por la madre  
Por ambos  
por alguien más  
Hijo Adoptado  
antes del mes de edad  
después del mes de edad  
después de los 4 años