



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
POSGRADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES**

**EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMÍTROFE EN
UNA PACIENTE ADOLESCENTE**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL PARA
OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
ARELLANO CAMPOS ELVIA SISSI**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. FRANCISCO MORALES CARMONA
REVISORA:
DRA. BERTA BLUMM GRYNBERG**

México D.F. 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

Quiero dedicar la realización de este trabajo:

A la memoria de mi padre David Arellano Tavera con quien me hubiera encantado compartir este momento de vida.

A la memoria de mi supervisor didáctico, el Dr. Jorge Cassab, que compartió conmigo una parte de su experiencia y conocimientos como analista y me ayudó con paciencia y pericia a enfrentar las vicisitudes que me imponía este trabajo.

A Martha Campos Guzmán, por ser mi madre, por todo el amor, cuidado y tolerancia que tiene conmigo y porque su presencia siempre será uno de los grandes pilares en mi vida.

A mis hermanos David, Olimpia, Marisol y Alma por el cariño entrañable que nos tenemos, aún en la distancia...

Agradecimientos

A Jorge por su apoyo emocional y hasta físico durante la maestría y en la elaboración de este trabajo, por compartir conmigo mis logros y fracasos y por todo su amor, comprensión y respeto hacia mí.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo otorgado durante la realización de la maestría y el trabajo elaborado

Al Dr. Francisco Morales por su apoyo y por haberme compartido parte de su experiencia clínica que también sirvió como guía para la realización de este caso.

A la Dra. Bertha Blumm por todo el apoyo, la confianza y aliento que me brindó desde el inicio de la elaboración de este trabajo,

A todos aquellos profesores cuyas enseñanzas dejaron una huella importante en mi: Dr. Enrique Guarner, Dr. Jaime Winkler, Dr. José Cueli, Dra. Maria Nélica Nombrosky y finalmente, al Dr. Nestor Braunstein,

A mis compañeras y amigas Argelia, Paola y Vianey, por su amistad y por el valioso apoyo emocional y profesional que he recibido de su parte desde que iniciamos la maestría, por todas las ocasiones en que me han escuchado y retroalimentado durante este proceso.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente por la experiencia profesional y académica invaluable que he adquirido, y por todos los grandes colegas y amigos que conocí; en especial a Edgar, Dany, Martha, Gloria, Melissa y Gerardo, a quienes agradezco todos los momentos felices que pasamos allí.

A mi paciente, todo mi respeto y agradecimiento por haber confiado en mí, porque la experiencia de haber sido su terapeuta me ha dejado una gran enseñanza.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

INDICE

JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

CAPTÍLO I ADOLESCENCIA

7	1.1. Concepto
7	1.2 Antecedentes
8	1.3 Desarrollo Cognoscitivo en la Adolescencia
9	1.4 Desarrollo Moral
10	1.4.1 Niveles y etapas del desarrollo moral de Kolberg
11	1.5 La búsqueda de identidad
12	1.6 Desarrollo psicosexual
12	1.6.1 El primer año de vida (Etapa oral)
13	1.6.2 La edad de uno a tres años (Etapa anal)
14	1.6.3 La edad del tercero al quinto año de vida (Etapa fálica)
16	1.6.4 La edad de los seis a los doce años (La latencia)
16	1.6.5 Pubertad y adolescencia
18	1.7 El duelo por el cuerpo y el mundo de la infancia
21	1.8 Las etapas de la adolescencia
23	Conclusión

CAPÍTULO II EL PACIENTE LIMITROFE

25	2.1 Concepto de Personalidad
26	2.2 Trastornos de Personalidad
26	2.2.1 Criterios diagnósticos para un trastorno de la personalidad
28	2.3 Trastorno de personalidad en niños y adolescentes
30	2.3.1 Factores neuropsicológicos del desarrollo en los trastornos de personalidad

31	2.4 EL PACIENTE LIMITROFE
32	2.5 El trastorno Límite de Personalidad como síndrome
33	2.5.1 Criterios diagnósticos para el trastorno límite de personalidad según el DSM IV
34	2.5.2 Prevalencia
35	2.5.3 Curso
35	2.5.4 La estabilidad del diagnóstico a través del tiempo
36	2.5.5 Diagnóstico diferencial
36	2.6 Diagnóstico Diferencial en la Adolescencia
37	2.7 EL PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO
37	2.7.1 Criterios del diagnóstico estructural de Kernberg
38	2.8 ORGANIZACIÓN LIMÍTROFE DE LA PERSONALIDAD
38	2.8.1 Estructuras mentales y organización de la personalidad
39	2.8.2 El síndrome de difusión de identidad
39	2.8.3 Mecanismos de defensa primitivos
41	2.9 El Diagnóstico Estructural en la Adolescencia
42	2.10 ¿CÓMO SE ESTRUCTURA LA PERSONALIDAD LIMÍTROFE?
42	2.10.1 Las relaciones objetales
42	2.10.1.1. Desarrollo normal de las relaciones objetales
47	2.11 <i>Fallas en la constitución del superyó</i>
49	2.12 ETIOLOGÍA DEL TLP
50	2.13 Factores biológicos y genéticos
53	2.14 Factores Psicosociales
53	2.14.1 Separación o pérdida parental
53	2.14.2 Historia Familiar
54	2.14.3 El Maltrato infantil
54	2.14.4 Actitudes parentales anormales
55	2.14.5 La estructura familiar

57	2.14.6 Tipos de Apego
60	2.15 TRATAMIENTO
60	2.16 Psicoterapia Focalizada en la Transferencia
63	2.17 Investigación sobre la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia
65	Conclusión

CAPITULO III MÉTODO

67	3.1 OBJETIVO GENERAL
67	3.1.2 Objetivos específicos
67	3.2 PARTICIPANTE
67	3.3 ESCENARIO
68	3.4 PROCEDIMIENTO
68	3.4.1 Instrumentos
68	3.4.2 Estrategias y técnicas utilizadas
69	3.4.3 Enfoque terapéutico
72	3.5 HISTORIA CLINICA
79	3.6 ENTREVISTA CON LOS PADRES
82	3.7 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

CAPÍTULO IV ANÁLISIS

85	4.1 Análisis de la sesiones
----	-----------------------------

CAPITULO V DISCUSIÓN

126	Discusión
133	Conclusión

136	REFERENCIAS
-----	-------------

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la organización mundial de la Salud (OMS, 1992), la *adolescencia* es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad y la juventud se delimita entre los 19 y 24 años de edad. Erikson (1972) define la adolescencia como una etapa del ciclo vital que se caracteriza por una crisis de identidad que favorece el terreno hacia el crecimiento y desarrollo del individuo y que también puede, en determinados casos, hacerlo vulnerable para la aparición de psicopatología. Para De la Fuente (1968) la adolescencia constituye una edad de especial vulnerabilidad para conflictos psicopatológicos, sobre todo para aquellos jóvenes que han sido previamente lesionados en experiencias infantiles desfavorables, ya que *per se* es una etapa de desequilibrio. Desde el punto de vista psicoanalítico, la adolescencia es considerada un periodo de adaptación al aumento de impulsos sexuales durante la pubertad, y es común la regresión a conductas con formas infantiles, ya que los conflictos no resueltos en la infancia se reeditan en la adolescencia y el resultado influye en una secuencia de relaciones cambiantes con los padres y con los compañeros de ambos géneros, impactando finalmente, en el desarrollo ulterior de la personalidad y en la incursión en el mundo adulto (Bloss, 1981).

Tomando en cuenta que esta etapa es una de las más críticas del desarrollo, los diversos cambios biológicos y psicológicos que sufre el adolescente, así como la psicopatología infantil previa, aunado a las constantes demandas de la familia y la sociedad hacen que esta etapa sea vivida por muchos jóvenes de manera difícil. En este sentido, la adolescencia constituye un sector de la población muy vulnerable.

En México, se estima que más del 10% de los alumnos que cursan la secundaria sufren de algún problema de salud mental, dentro de los cuales se encuentran de manera más frecuente: la depresión, problemas de conducta y el consumo de sustancias. Por otro lado, se ha reportado que la mayoría de los individuos que

experimentan con sustancias se da justo en esta etapa, además la edad de inicio del consumo ha disminuido y el porcentaje de mujeres consumidoras ha aumentado en los últimos años. También se ha reportado que el 80% de los accidentes, suicidios y homicidios se relacionan con consumo de sustancias y que dos terceras partes de los delincuentes juveniles presentan consumo de sustancias. Finalmente del 40 al 90% de los adolescentes consumidores presentan algún tipo de problema de salud mental (Medina-Mora y cols., 2003).

En la clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, aproximadamente el 50% de los adolescentes que acuden a consulta tienen un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor - a diferencia de la población abierta, en cuyo caso, la prevalencia es de 5 adolescentes por cada 100- los cuales en su mayoría muestran comorbilidad con el Trastorno por Déficit con Hiperactividad (TDAH), el trastorno de Conducta (TC) y los trastornos de Ansiedad (Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad por Separación, Y Fobia social) siendo dichos trastornos los que tienen mayor prevalencia dentro de esta población clínica (De la Peña, 2005).

En el caso de los adolescentes con Trastorno Limítrofe de la Personalidad (TLP) destacan aún más por la gravedad y cronicidad de las crisis de depresión, angustia e identidad; conflictos neuróticos con la autoridad y relaciones objetales narcicistas, que a su vez los llevan a consumir polisustancias y a mantener un patrón de relaciones interpersonales inestables y destructivas (Kernberg 2002). La prevalencia de este trastorno en población general es del 2 al 3%, se estima que del 30 al 60% de los pacientes con Trastorno de personalidad tienen un Trastorno de Personalidad Limítrofe, su etiología es multifactorial, se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres y su pronóstico en general es reservado.

En cuanto al tratamiento de estos padecimientos en general existen diferentes abordajes, uno de ellos es el biopsicosocial, donde se involucra la comunidad y la

familia, cuyo enfoque es interdisciplinario ya que incluye a las diferentes disciplinas; médicos, psicólogos, maestros y trabajadores sociales, siendo el personal médico el que brinda un tratamiento farmacológico, y dentro de la intervención psicoterapéutica –que es la que nos ocupa- se describen diferentes tipos de terapia –ya sea individual o grupal- misma que dependerá de las necesidades y características del adolescente.

Ahora bien, en el caso específico del tratamiento para pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad, se ha reportado que una de las intervenciones terapéuticas que ha arrojado resultados positivos es aquel cuyo enfoque está basado en la corriente psicodinámica (Cuevas y cols, 2000, López y cols. 2004), y se cobija bajo el término de la psicoterapia de expresión o psicoterapia focalizada en la transferencia.

Por lo anterior, considero que es fundamental poder contar con profesionales de la salud mental que a su vez posean los conocimientos, las herramientas y habilidades necesarias para comprender y abordar de manera efectiva, capaz y oportuna el complejo fenómeno de la adolescencia en nuestra sociedad y en particular a aquellos adolescentes que a esta edad ya presentan una marcada patología que afecta su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La genética, el temperamento, el desarrollo y el ambiente son factores que contribuyen a la formación de trastornos de personalidad en la adultez. Los factores de riesgo para desarrollar un trastorno de personalidad que más se han revisado en la literatura son; el vínculo, el temperamento, las experiencias infantiles de abuso, conductas parentales maladaptativas y la comorbilidad con el Eje I. Sin embargo, si éstos logran identificarse y se modifican tempranamente, el pronóstico para estos pacientes será mejor.

A lo largo de la historia, se ha cuestionado qué tan ético y adecuado es el hecho de diagnosticar un trastorno de la personalidad antes de la edad adulta, una de las razones para ello es que se presume que la personalidad no ha terminado de conformarse antes de los 18 años, la otra se refiere a que existe la preocupación de que la etiqueta de trastorno de personalidad, afectará negativamente el concepto de sí mismo (o de la familia) o perjudicará su futuro al aparecer en algún registro del individuo. Sin embargo, el no diagnosticar de manera adecuada un trastorno de personalidad en un niño o adolescente también puede poner en riesgo su futuro, haciendo difícil o hasta imposible que obtenga un tratamiento adecuado (Kernberg, 2002).

El DSM-IV permite que el Trastorno de Límite de Personalidad sea diagnosticado en adolescentes siempre que los rasgos hayan estado presentes al menos un año y sean *penetrantes, persistentes*, y no se limiten a un trastorno del Eje I (Weston y cols. , 2007).

El presente documento expone el trabajo realizado con pacientes adolescentes durante mi estancia en la maestría de Psicoterapia para Adolescentes, aunque también forma parte de mi labor profesional como psicóloga adscrita dentro de la clínica de Adolescencia del Instituto Nacional del de Psiquiatría Ramón de la

Fuente Muñiz (INPRFM). Este reporte pretende mostrar lo florido de la patología mental que subyace al Trastorno Límite de Personalidad, su etiología en un sentido multifactorial y sobre todo, aborda la posibilidad de poder establecer un diagnóstico de Trastorno de personalidad en la adolescencia y de esta manera, realizar una intervención temprana que nos permita tratar de impactar en el pronóstico de estos pacientes.

Desde el punto de vista terapéutico, el objetivo es mostrar la gran dificultad para lograr establecer un buen apego terapéutico al tratamiento en pacientes con este trastorno (elemento básico para iniciar un tratamiento terapéutico) lo cual se analiza a la luz de las diversas causas que determinan el establecimiento de un vínculo, entre las cuales, se encuentran: las características de personalidad inherentes al propio trastorno, la dinámica familiar de la paciente, la resistencia misma de la paciente y finalmente, la barrera de la institucionalidad. De manera paralela, se trabajó sobre la importancia y conveniencia de reducir los *acting out* en la paciente, incluyendo en este espectro conductual; el control de impulsos y todas aquellas conductas que ponían en riesgo la vida de la paciente y del tratamiento mismo, así como conductas de autodaño y automutilación.

Este trabajo se realizó con una paciente adolescente de 16 años, que asiste desde hace más de un año a la Clínica de Adolescencia del INPRFM y que se encuentra tratada bajo del diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (entre otros). Su atención es de manera individualizada, en sesiones de 50 minutos, una vez por semana.

En los primeros capítulos se describen los conceptos teóricos sobre la adolescencia y el Trastorno Límite de la Personalidad en esta etapa, tomando como base a Otto Kernberg (entre otros), en el tercer capítulo se describe la metodología, escenario, participante, etc. en el cuarto capítulo se expone el análisis de las sesiones, la discusión y conclusiones se realizan en los últimos capítulos.

Es importante mencionar que para fines del presente reporte, se analizaron algunas de las primeras 20 sesiones - las cuales se llevaron a cabo en un lapso de tiempo no menor de seis meses- porque este fue el periodo donde la

resistencia de la paciente cedió dando paso así al fortalecimiento del apego al tratamiento.

Como se ha señalado, en este análisis se plantea principalmente las dificultades de la paciente para poder establecer una adherencia terapéutica sólida, poniendo en riesgo constante el proceso terapéutico, lo que evidencia su incapacidad para establecer vínculos quedando plasmado de una manera ilustrativa el patrón de relaciones interpersonales superficiales, inestables y lastimosas que la paciente ha establecido a lo largo de su vida y que son características del Trastorno Límite de la Personalidad.

De igual manera, este caso nos brinda la posibilidad de observar las reacciones transferenciales y contratransferenciales que se manifiestan durante el proceso terapéutico con en este tipo de pacientes, quedando al descubierto también la vulnerabilidad del terapeuta (sobre todo de aquel que como yo, es inexperto) debido a la intensidad y constante ambivalencia de estas transferencias.

No obstante las dificultades, actualmente la paciente continúa en tratamiento, su asistencia es regular y a pesar de que los avances han sido lentos y en ocasiones oscilan entre logros y retrocesos, su evolución hasta el momento ha sido más bien favorable.

CAPITULO I

Adolescencia

1.1 CONCEPTO

En las sociedades industriales modernas, el paso de la niñez a la edad adulta está marcado por un largo periodo de transición conocido como *adolescencia*, un término que proviene del latín y significa dolor al crecer. Esta etapa es descrita por la mayoría de los autores entre los 12 y los 21 años de edad, la cual se caracteriza por una crisis de identidad, que de acuerdo con Erikson (1972) es un fenómeno de naturaleza psicológica, predominantemente subjetivo, donde el sujeto sufre transformaciones biológicas y psicológicas que provocan reacciones en sí mismo y en los demás cuestionándose quién realmente es y cómo es percibido por su entorno. Por lo general, se considera que esta etapa comienza con la *pubertad*, que es el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad, es decir; la capacidad para reproducirse.

1.2 Antecedentes

Para algunos teóricos la adolescencia es una construcción social. Antes del siglo XX, no existía este concepto, por lo tanto, en las culturas occidentales los niños entraban al mundo adulto cuando maduraban físicamente o cuando empezaban como aprendices en un oficio. En la actualidad el ingreso a la edad adulta lleva más tiempo y está menos definido.

En cuanto a las definiciones sociológicas, una persona puede llamarse adulta cuando se mantiene a sí misma o ha elegido una carrera, cuando se ha casado o ha formado una relación significativa o bien ha iniciado una familia (Papalia, 2004).

Los cambios biológicos en la *pubertad* -que señalan el final de la niñez-, provocan un rápido aumento de estatura y peso, cambios en las proporciones corporales y, finalmente la adquisición de la madurez sexual.

Esta etapa comienza con un aumento sostenido de la producción de hormonas sexuales, en algún momento –entre los cinco y nueve años-, las glándulas suprarrenales empiezan a secretar grandes cantidades de andrógenos, los cuales jugarán un papel importante en los cambios físicos (crecimiento del vello púbico, axilar y facial) en los varones. Tiempo después en las niñas, los ovarios aumentan su producción de estrógeno, con los que se estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos.

Existe un rango aproximado de siete años para el inicio del proceso de la pubertad en niños y niñas. Por lo general, se lleva cerca de cuatro años para ambos sexos y empieza dos años antes en las niñas. Parte de estos cambios físicos incluye el crecimiento muscular y la maduración de los órganos reproductivos que trae consigo la aparición de la ovulación y por ende, la menarca, así como la producción de esperma en los chicos.

Las investigaciones atribuyen a los cambios hormonales la mayor emocionalidad; el mal humor en la adolescencia temprana, cambios abruptos en el estado de ánimo, etc. Sin embargo, otras influencias como el género, la edad, el temperamento, pueden moderar o incluso anular los cambios hormonales, influyendo al mismo tiempo sobre los cambios psicológicos característicos de esta etapa. Las hormonas parecen tener una relación más fuerte con los estados de ánimo en las chicas que en los chicos, y en especial en los adolescentes tempranos, quienes se están ajustando a los cambios que les va generando la pubertad (Delval, 1994).

1.3 Desarrollo Cognoscitivo en la Adolescencia

De acuerdo con Piaget e Inhelder (1981), los adolescentes entran al nivel más alto de desarrollo cognoscitivo, las *operaciones formales*, cuando desarrollan la capacidad para el pensamiento abstracto. Este desarrollo, por lo regular alrededor de los 11 años, le brinda al adolescente una nueva y más flexible forma de manipular la información. Las personas en esta etapa pueden integrar lo que se ha aprendido en el pasado con los desafíos del presente y hacer planes para el

futuro. La habilidad para pensar de manera abstracta también tiene implicaciones emocionales, ya que posibilita el avance hacia la independencia, tanto de pensamiento como de acción, facilitando el progreso a la madurez en sus relaciones interpersonales (Craig, 1997).

Piaget e Inhelder (1981) propone que a diferencia de la etapa de operaciones concretas, el razonamiento formal le permite al adolescente construir proposiciones contrarias al hecho, lo que promueve un razonamiento *hipotético-deductivo* para la solución de problemas, le permite pensar acerca de constructos mentales y asimilar nociones de probabilidad y creencia. Este cambio se da progresivamente, incluso pueden producirse algunas oscilaciones hacia atrás, antes de que se establezca por completo el pensamiento formal pero, ¿Qué ocasiona el cambio hacia el razonamiento formal? Piaget lo atribuía a una combinación de la maduración del cerebro y las mayores oportunidades ambientales. Ambas son esenciales: incluso si el desarrollo neurológico de los jóvenes ha avanzado lo suficiente para permitir el razonamiento formal, sólo pueden alcanzarlo mediante la estimulación apropiada “es indudable que hay que examinar el impacto de las actitudes parentales y el ambiente del hogar, aunque es necesario reconocer que no existen respuestas definidas para determinar la aparición del pensamiento operacional formal (Piaget e Inhelder 1981).

A largo plazo, la cultura y la educación también parecen desempeñar un papel importante. En la década de los noventa, jóvenes franceses de 10 a 15 años se desempeñaron mejor en pruebas piagetanas de operaciones formales que sus contrapartes dos o tres décadas antes (Papalia, 2004).

1.4 Desarrollo Moral

Otro aspecto importante en la adolescencia es el desarrollo moral. La perspectiva cognitivo-evolutiva propone que la moralidad se desarrolla a través de la construcción, es decir; pensar activamente sobre lo correcto e incorrecto en situaciones en las que los conflictos sociales aparecen y se obtienen nuevas comprensiones morales.

Piaget (1962) identificó dos etapas de comprensión moral:

Moralidad heterónoma: los niños consideran las normas morales en términos de realismo y como mandatos de las figuras de autoridad.

Moralidad autónoma: usan la reciprocidad como una norma de justicia y consideran las reglas como principios flexibles, aceptados por la sociedad.

Más tarde, el trabajo de Piaget fue retomado por Kohlberg, quien concluyó que la forma en que la gente considera los temas morales refleja el desarrollo cognoscitivo y a través de sus investigaciones sobre los *dilemas morales* identificó tres niveles de comprensión moral, con dos etapas cada uno (Coleman, 1989).

1.4.1 Niveles y etapas del desarrollo moral de Kolberg

I. Nivel preconvencional:

Estadio 1: Orientación castigo-obediencia

Estadio 2: Hedonismo instrumental. La moralidad es controlada por recompensas, y el temor a ser castigados por las figuras de autoridad. Este nivel es típico de los niños entre 4 y 10 años.

II. Nivel convencional:

Estadio 3: Orientación hacia las relaciones interpersonales

Estadio 4: Mantenimiento del orden social. La conformidad ante las reglas sociales se considera necesaria para preservar las relaciones humanas positivas y el orden de la sociedad. Este nivel se alcanza por lo general después de los 10 años.

III. Nivel postconvencional:

Estadio 5: Contrato social y/o orientación de la conciencia

Estadio 6: Orientación según principios éticos universales. Los individuos definen la moralidad en términos de principios y valores abstractos que aplican en todas las situaciones y sociedades. Por lo general, las personas no alcanzan este nivel de razonamiento moral al menos hasta la adolescencia temprana o de manera más común en la adultez temprana.

1.5 La búsqueda de identidad

De acuerdo al enfoque psicosocial, la búsqueda de identidad, a la que Erikson definió como una concepción coherente del yo, formada por metas, valores y creencias con las cuales la persona está comprometida, resulta central durante los años de la adolescencia. El desarrollo cognoscitivo de los adolescentes ahora les permite construir una “teoría del yo”. El esfuerzo de un adolescente por dar sentido al yo no es una “especie de malestar de madurez”, sino que forma parte de un proceso saludable y vital construido sobre los logros de las etapas anteriores, es decir; sobre la confianza, la autonomía, la iniciativa y la laboriosidad, y sienta las bases para afrontar los problemas psicosociales de la vida adulta.

Continuando con este autor, los adolescentes no forman su identidad tomando a otra persona como modelo -como hacen los niños- sino que modifican sintetizan las identificaciones anteriores en una nueva estructura psicológica, mayor que la suma de sus partes. Para formar una identidad deben establecer y organizar sus habilidades, necesidades, intereses y deseos de forma que puedan ser expresados en un contexto social.

Según la teoría, la adolescencia tiene su base en un conflicto de identidad en cuyo caso es imprescindible pasar por la llamada “crisis de identidad”, concepto cuya naturaleza y posición es *psico* y *social*, lo que significa en su aspecto psico:

- Es parcialmente consciente y parcialmente inconsciente, es una cualidad del vivir no-consciente- de- sí- mismo.
- Está acosado por la dinámica del conflicto, teniendo estados mentales contradictorios.
- Posee su propio período evolutivo, antes del cual no podría llegar a una crisis, ya que las precondiciones somáticas, cognoscitivas y sociales no están aún dadas.
- Se extiende tanto al pasado como al futuro.

El aspecto *social*, se explica dentro de la dimensión comunitaria en la que un individuo debe encontrarse a sí mismo.

Durante el proceso de esta formación de la identidad, es normal cierto grado de conflicto de identidad, lo cual explica la aparente naturaleza caótica de gran parte de la conducta adolescente. Los problemas de identidad se agudizan con los cambios de la pubertad, cuando se vuelven inevitables las imágenes de los roles futuros que se habrán de desempeñar.

Siguiendo a Erikson, la identidad psicosocial demostró estar “localizada” en tres órdenes en los que el hombre vive en todo tiempo:

- 1) El orden somático, busca mantener una mutua adaptación entre el medio interior y el medio ambiente.
- 2) El orden yoico; la integración de la experiencia y conducta personales.
- 3) El orden social; unido por organismos yoicos que comparten una ubicación histórico-geográfica.

La identidad se forma en la medida en que se resuelven tres problemas principales: la elección de una ocupación, la adopción de valores en qué crecer y por qué vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.

De esta forma, se considera que la tarea principal de esta etapa es resolver la “crisis” de la *identidad* para lograr convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un papel que sea valorado en la sociedad.

1.6 Desarrollo Psicosexual

Freud (1910) pone énfasis en la idea de que la pulsión sexual –como parte vital del desarrollo- existe desde la infancia y no despierta sólo en el periodo de la pubertad.

1.6.1 El primer año de vida (etapa oral)

De acuerdo con este autor, el narcisismo primario es el estado en el cual se encuentra el recién nacido, que no distingue entre él mismo y los objetos del mundo externo. “El niño no se sirve de un objeto ajeno para mamar, prefiere una parte de su propia piel porque le resulta más cómodo y así se independiza del mundo externo al que aún no puede dominar” (Freud 1910, pág.165)

Es importante destacar que también desde nuestro origen presentamos:

necesidades, un inconsciente y el ello. Según Spitz (1977) los vestigios de la presencia de un yo, se observa cuando la sonrisa del niño se vuelve constante hacia un objeto, esta situación se denomina el primer organizador de la mente. La privación de la satisfacción de las necesidades entonces, modulará los principios en la formación del yo. El segundo organizador de la mente, lo constituye la angustia que expresa el niño una vez que ha establecido una conexión afectiva con su madre y muestra temor de su pérdida, suceso que ocurre en el octavo mes de vida (Guarner, 1978).

Sin embargo, para Melanie Klein (1940) hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones de objeto. El primer objeto lo será el pecho materno y el bebé se enfrentará a un mundo desconocido y aterrador, ante lo cual sentirá angustias de naturaleza persecutoria. Dado que existen sensaciones placenteras y displacenteras en relación a este objeto, el niño experimentará al mundo externo y por consiguiente a la madre como buena o mala. La figura materna entonces, será percibida como omnipotente, puesto que posee la capacidad de provocar tanto la satisfacción como la frustración.

La existencia de este yo primario permite el funcionamiento de dos mecanismos básicos: introyección y proyección, la primera significa que los objetos son internalizados en el yo, la proyección permite atribuir a otras personas los sentimientos de amor y de odio que existen en uno.

El niño tiene miedo de sus sentimientos destructivos y experimenta culpa y deseos de reparar el daño, ya que su deseo es agradar a quienes lo rodean, especialmente a la madre. De esta manera, aparece a partir del cuarto mes la llamada *posición depresiva*, donde también se pueden observar en el niño inhibiciones ante los alimentos y pesadillas.

1.6.2 La edad de uno a tres años (etapa anal)

A partir del final del primer año, el niño adquiere cierta independencia, debido a que ha empezado a aprender a hablar, a caminar y aumenta su capacidad de

pensamiento. La suficiencia que adquiere para retardar la gratificación de sus necesidades le permiten un nuevo crecimiento del yo. El avance en este sentido, da lugar a la aparición de la capacidad de juicio, la cual se logra mediante el aumento del sentido de realidad. A continuación se describen cuatro estados a través de los cuales se logra este sentimiento.

1. Omnipotencia total (se da antes del nacimiento, cuando sus necesidades le son automáticamente gratificadas).
2. Omnipotencia alucinatoria (se da en el recién nacido, cuando desea que algo surja y lo consigue por medio de una alucinación mágica)
3. Omnipotencia de los gestos, obtenida cuando al llorar obliga a que la madre aparezca ante él.
4. Omnipotencia de las palabras (se observa cuando le adjudica una significación misteriosa al lenguaje y a través de él controla los objetos.

Esta segunda fase pregenital (llamada así porque los genitales todavía no han alcanzado su papel hegemónico) es la organización sádico-anal. Su nombre se deriva de la activación de la zona anal, la cual posee un valor erógeno muy grande, ya que las funciones de eliminación son controladas por los padres. Tanto la retención como la expulsión de la orina y las heces fecales son actos placenteros para el niño. El factor que lo impulsa a aprender a controlar los esfínteres, se deriva de la alta evaluación que siente hacia sus padres y por ello se encuentra dispuesto a abandonar el placer que experimenta con tal de complacerlos. Esto crea en el niño una situación de ambivalencia y sus primeros conflictos con la autoridad. “El contenido de los intestinos, lo trata como a una parte de su propio cuerpo; representa el primer regalo por medio del cual el pequeño ser puede expresar su obediencia hacia el medio circundante exteriorizándolo, y su desafío, rehusándolo” (Freud 1910, pág. 169).

1.6.3 La edad del tercero al quinto año de vida (etapa fálica)

Más tarde, entre los 3 y 5 años de edad aproximadamente, se advierte un periodo en donde la estimulación de los genitales procura un placer considerable, de manera que la zona genital es considerada una de las zonas erógenas más

importantes del cuerpo infantil, Freud señala: “las activaciones sexuales de esta zona erógena, que corresponde a las partes sexuales reales, son sin duda, el comienzo de la posterior vida sexual normal” (1924, pág. 171).

Durante esta etapa, llamada también fase edípica, aparece una atracción manifiesta hacia el padre del sexo opuesto y odio e incluso deseos de muerte dirigidos contra el progenitor del mismo sexo, a esta etapa se le conoce también como El complejo de Edipo, cuyo proceso es menos complicado en el varón, puesto que él permanece ligado al objeto original que es la madre. Sin embargo, cuando predomina el amor hacia el padre y la madre es odiada como elemento perturbar de su amor al padre se dice que existe un complejo de Edipo negativo.

Como hemos señalado, en el caso de la niña, el Complejo de Edipo es más difícil porque implica un proceso más que en el varón: la transferencia de su primer objeto, la madre, al sexo opuesto, el padre.

Al haber alcanzado esta etapa, el niño se identifica con su propio pene y le da una elevada valoración narcicista a este órgano genital Como resultado de ello se incrementa el miedo a cualquier daño que le puedan causar. A este temor se le ha denominado angustia de castración –su intensidad está en relación con la elevada valoración de este órgano- y puede ser desplazado hacia todo tipo de ideas. En el caso de la niña, surge una envidia del pene, que culmina en el deseo de ser un varón (Freud, 1910). El complejo de Edipo masculino se *resuelve* gracias al complejo de castración; se renuncia a él por causa de la angustia de castración. El complejo de Edipo femenino es *producido* por el complejo de castración; a causa del desengaño acarreado por la carencia de pene, el amor de la niña se vuelve hacia el padre

La resolución normal del complejo de Edipo se da mediante la instauración del superyó; las relaciones objetales de esta etapa son reemplazadas, regresivamente, por identificaciones; sustituyendo de esta forma los impulsos sexuales y las hostiles hacia los padres (Fenichel, 2000).

Para completar el cuadro de la vida sexual infantil, es preciso agregar que a menudo, ya en la niñez se consume la elección de objeto como la que se ha supuesto característica de la pubertad. El conjunto de los afanes sexuales se

dirigen a una persona única, y en ella quieren alcanzar su meta. Es ahí donde se encuentra el máximo acercamiento posible en la infancia a la conformación definitiva que la vida sexual presentará después de la pubertad. La diferencia respecto de esta última reside sólo en el hecho de que la unificación de las pulsiones parciales y su subordinación al primado de los genitales no son establecidas en la infancia. Por tanto, la instauración de ese primado al servicio de la reproducción es la última fase por la que atraviesa la organización sexual (Freud, 1910).

1.6.4 La edad de los seis a los doce años (La latencia)

El periodo de *latencia* proporciona al niño los instrumentos -en términos del desarrollo del yo- que lo preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pubertad (Bloss, 1981).

Durante esta etapa, la fuerza de los impulsos sexuales declina, debido también a que el superyó ha adquirido un predominio marcado y parece mantener dominadas las presiones de los impulsos. Al mismo tiempo, puede decirse que el yo va desarrollándose paulatinamente ante la realidad externa.

Las funciones del yo adquieren una mayor resistencia a la regresión; otras actividades significativas del yo, como la percepción, aprendizaje, memoria y pensamiento, se consolidan más firmemente en la esfera libre del conflicto del yo. Se dice que la latencia se divide en dos fases: durante la primera fase, que abarca de los 6 a los 8 años, el yo se encuentra todavía arrastrado por impulsos sexuales y por ello el elemento represivo, inhibe la conducta sexual. En el segundo periodo -desde los 8 años hasta el comienzo de la pubertad-, parece encontrar una consolidación de las defensas (Guarner, 1978).

1.6.5 Pubertad y adolescencia

Posteriormente, en la pubertad, se establece la separación tajante entre lo masculino y lo femenino, aunque en la niñez se reconocen disposiciones masculinas y femeninas, a la par, el desarrollo de las inhibiciones sexuales se cumple de manera diferente para ambos sexos; en el varón se advierte un gran

empuje de la libido, a diferencia de las chicas, en quienes sobreviene una fuerte represión que refuerza tales inhibiciones durante esta etapa.

Con el advenimiento de la pubertad se introducen los cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva. La pulsión sexual era hasta entonces predominantemente autoerótica; ahora halla al objeto sexual. Aparece entonces una nueva meta sexual y para alcanzarla, todas las pulsiones parciales cooperan y las zonas erógenas se subordinan al primado de la zona genital. De esta manera, la pulsión sexual se pone al servicio de la función de la reproducción. Sin embargo, es importante mencionar que la elección de objeto se ha preparado desde la más temprana infancia, ya que existen dos momentos para la elección de objeto. La primera se inicia entre los dos y los 5 años, y el periodo de latencia la detiene o la hace retroceder; ya que se caracteriza por la naturaleza infantil de sus metas sexuales. El segundo momento ocurre justamente en la pubertad, donde el adolescente tiene que renunciar a los objetos infantiles y empezar de nuevo como corriente sensual.

No obstante, la nueva meta sexual asigna a los dos sexos funciones muy diferentes, su desarrollo sexual se separa mucho en lo sucesivo. La normalidad de la vida sexual es garantizada únicamente por la exacta coincidencia de las dos corrientes dirigidas al objeto y a la meta sexual: sexual y tierna.

Por otro lado, esta elección de objeto se consuma primero en la representación y a raíz de estas fantasías vuelven a emerger las inclinaciones infantiles, sin embargo, a la par de la manifestación de estas fantasías incestuosas se consuma uno de los logros más importante y dolorosos: el desasimiento de la autoridad de los padres (Freud, 1910, Fenichel, 2000).

Al respecto, Winnicott (1979) señala que durante esta etapa, el adolescente está dedicado a la tarea de afrontar sus cambios inherentes a la pubertad. Llegando al desarrollo de su capacidad sexual y a las manifestaciones sexuales secundarias con una historia personal, que incluye un patrón personal en la organización de las defensas contra diversos tipos de ansiedad. De esta manera, el varón o la niña llegan a la pubertad con dichos patrones, que responden a experiencias de la

temprana infancia y la niñez, y es mucho lo que permanece inconsciente y también mucho lo que se desconoce porque aún no se lo ha experimentado y la pregunta es ¿cómo reaccionará esta organización yoica frente a los cambios de esta etapa?.

1.7 El duelo por el cuerpo y el mundo de la infancia

Tanto las modificaciones corporales incontrolables como los imperativos del mundo externo, exigen al adolescente nuevas pautas de convivencia, que son vividas al principio como una invasión. Estos cambios, en los que pierde su identidad de niño, implican la búsqueda de una nueva identidad que se va construyendo en un plano consciente e inconsciente. El mundo interno construido con las imagos paternas será el puente a través del cual elegirá y recibirá los estímulos para su nueva identidad.

Sin embargo, la pérdida que debe aceptar el adolescente al hacer el duelo por el cuerpo es doble: la de su cuerpo ante la aparición de los caracteres sexuales secundarios, que le imponen el testimonio de la definición sexual y del rol que tendrá que asumir, no sólo en la unión con la pareja sino en la procreación. La elaboración del duelo conduce a la aceptación del rol que la pubertad le marca. Durante esta elaboración surgen defensas cuyo fin es negar la pérdida de la infancia. La prueba de realidad del crecimiento de su cuerpo podría verbalizarse así: "No soy un niño, he perdido mi condición de niño; mis padres no son los padres de un niño, sino los padres de un adulto; yo tengo que comportarme como un adulto, tal como mi cuerpo" (Aberasturi y Knobel, 1988). El duelo frente al crecimiento que implica al yo y al mundo interno, y los desniveles entre el crecimiento del cuerpo y la aceptación psicológica de este hecho son mayores cuando el cuerpo cambia rápidamente, y se incrementa la angustia paranoide de ser invadido.

Sólo cuando el adolescente es capaz de aceptar los dos aspectos, el de niño y el de adulto, puede empezar a aceptar en forma fluctuante los cambios de su cuerpo y comienza a surgir su nueva identidad. Ese largo proceso de búsqueda de identidad ocupa gran parte de su energía y es la consecuencia de pérdida de la

identidad infantil que se produce cuando comienzan los cambios corporales.

Cuando el adolescente adquiere una identidad, acepta su cuerpo y decide habitarlo, se enfrenta con el mundo y lo usa de acuerdo con su sexo, ya que la conducta genital no se expresa sólo en el acto sexual sino en todas las actividades que realiza. Las modificaciones en su cuerpo lo llevan a la estructuración de un nuevo yo corporal, a la búsqueda de su identidad y al cumplimiento de nuevos roles. Los cambios de identidad, muchas veces rápidos, son normales en el desarrollo y sólo a través de ellos se llega a una ideología. El adolescente se presenta como varios personajes, a veces ante los mismos padres, pero con mayor frecuencia ante diferentes personas del mundo externo, que nos podrían dar de él versiones totalmente contradictorias.

Es importante destacar que no sólo el adolescente padece este largo proceso, sino que los padres tienen dificultades para aceptar el crecimiento a consecuencia del sentimiento de rechazo que experimentan frente a la genitalidad y a la libre expansión de la personalidad que surge de ella. Cuando la conducta de los padres implica una incompreensión de las polares fluctuaciones entre dependencia - independencia, afán de crecimiento - refugio en logros infantiles, se dificulta la labor del duelo, en la que son necesarios permanentes ensayos y pruebas de pérdida y recuperación. Entre esos procesos se incluye: 1. algunas técnicas defensivas como la desvalorización de los objetos para eludir los sentimientos de dolor y pérdida; 2. la búsqueda de figuras sustitutivas de los padres a través de las cuales se va elaborando el retiro de cargas. Esta fragmentación de figuras parentales sirve a las necesidades y disociación de buenos y malos aspectos paternos, maternos y fraternos, lo que en ocasiones, trae consigo trastornos de la identidad, que en otros casos son una consecuencia de la previa fragmentación del yo, sumada a la utilización de ideologías falsas tomadas en préstamo del adulto. Todos estos procesos que acontecen en planos conscientes e inconscientes, en ocasiones los hace reaccionar de un modo paradójico; inhibiciones genitales, impotencia, angustia frente a la genitalidad, etc., les pueden despertar la necesidad de mantenerse como niños aunque sus cuerpos les muestren que ya no lo son. Estos conflictos los llevan a la necesidad de

planificación (característica de la adolescencia) y a la verbalización, que cumple en esta etapa el mismo fin defensivo que la omnipotencia del pensamiento y la palabra entre el final del primer año de vida y inicio del segundo.

La crisis puberal determina un autismo defensivo, y la impotencia despertada por la continua frustración frente al mundo real externo dificulta su salida hacia ese mundo y lo hace refugiarse en la planificación y en las ideologías, las cuales pueden aislarlo cada vez más del mundo. Además, la maduración genital lo confronta con la evidencia de que posee un instrumento efector de su genitalidad; fantaseada y anhelada desde la segunda mitad del primer año, -cuando se instala el triángulo edípico- y el anhelo de recuperar a través de los genitales la unión perdida boca-pecho. Mientras esta unión es fantaseada, la angustia es mantenida a raya con métodos defensivos propios de la infancia. Pero cuando aparece el elemento nuevo, la posibilidad de llevar a cabo la acción, no sólo incrementa la angustia, sino que ésta toma nuevas características que exigen también que se erijan nuevas defensas.

La omnipotencia de las ideas y la planificación son defensas que están al servicio de la adaptación de un nuevo rol. El incremento de la angustia, la debilidad del yo y mecanismos previos de solución de conflictos por la acción pueden llevar al adolescente a fugarse hacia una precoz genitalidad, o a un tipo de actuación con apariencias de madurez temprana que encubre un fracaso en la personificación.

El adolescente piensa y habla mucho más de lo que actúa, cree en la comunicación verbal y la necesita, y cuando se produce un fracaso repetido en este aspecto, puede recurrir a la acción. En este caso, la utilización de la palabra y el pensamiento como preparativos para la acción, cumple la misma función que el juego en la infancia: permitir la elaboración de la realidad y adaptarse a ella.

Finalmente, la formación de la identidad comienza con la vida misma, pero el logro de la identidad sexual exige la libre experimentación y atraviesa fluctuaciones. En ese sentido, los tabúes y prohibiciones sexuales y las inhibiciones genitales de los padres y maestros no sólo la retardan, sino que pueden conducir a su patología. (Aberasturi y Knobel, 1988).

1.8 Las etapas de la adolescencia

Según la teoría de Peter Blos (1981), la adolescencia se divide en tres etapas: adolescencia temprana, adolescencia propiamente dicha y adolescencia tardía, además se contempla un periodo anterior; la preadolescencia, siendo ésta una etapa cuyo propósito es preparar al individuo para su ingreso a la adolescencia.

Continuando con el autor, quien señala que el adolescente puede atravesar con rapidez las diferentes fases; su elaboración por el proceso de diferenciación del desarrollo a lo largo de un periodo de tiempo, resulta en una compleja estructura de personalidad. Tanto el empuje innato hacia delante como el potencial de crecimiento de la personalidad adolescente, buscan integrarse al nivel de maduración de la pubertad y a las antiguas modalidades para mantener el equilibrio.

Preadolescencia En términos generales podemos decir que esta etapa equivale a la etapa que Freud (1910) ha descrito como pubertad, vale decir que ambos coinciden en que durante esta fase del desarrollo ocurre un aumento cuantitativo en los impulsos sexuales y que ésta condición lleva a un resurgimiento de la pregenitalidad. La gratificación instintiva directa habitualmente se enfrenta a un super yo reprobatorio. En este conflicto el yo recurre a soluciones bien conocidas: defensas como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento, una situación nueva es la socialización de la culpa. En esta etapa pueden aparecer los miedos, las fobias, los tics nerviosos como síntomas transitorios en el afán de enfrentarse a sus demandas instintivas. La angustia de castración que lleva la fase edípica a su declinación reaparece y conduce al chico a llevarse sólo con pares de su mismo sexo. En la niña se da una negación de la feminidad, puede descubrirse el conflicto no resuelto en la niñez sobre la envidia del pene, que es el conflicto central en la preadolescente. El chico toma una ruta hacia la orientación genital a través de la catexis de sus impulsos pregenitales; la chica se dirige en forma más directa hacia el sexo opuesto. Las fantasías de los chicos habitualmente están bien protegidas; pensamientos sintónicos al yo de grandiosidad y de indecencia.

En la *adolescencia temprana* se inicia el proceso de la elección de objeto de amor extrafamiliar, como un intento por autodefinirse, que a su vez, facilita un proceso de autonomía en los patrones conductuales y así una separación emocional de los padres. Se elige a una persona como ideal, porque subjetivamente ésta posee las características físicas, intelectuales o artísticas que le gustaría tener.

En el desarrollo femenino normal, en esta fase, la organización de los impulsos está dominada por una defensa en contra de una fuerza regresiva hacia la madre preedípica. La fuerza con la cual la chica se aleja de la fantasía y de la sexualidad infantil es proporcional a la fuerza del impulso regresivo en dirección del objeto de amor primario; la madre. Si ella se rinde, actúa su regresión por desplazamiento o regresa a los puntos tempranos de fijación preedípica, dando como resultado un desarrollo adolescente desviado.

La separación emocional de los padres sirve para adquirir una independencia de carácter afectivo, lo que implica haber podido introyectar la sensación de ser querido. La meta psicológica va en dirección hacia las relaciones de objeto estables y hacia la formación de una identidad sexual irreversible. Esta manera de relacionarse corresponde a la *adolescencia propiamente dicha*.

En la *adolescencia tardía* se consolidan las metas que se alcanzaron en etapas previas: una conducta positiva, capacidad para integrarse en el ámbito social, constancia en las emociones. La estabilidad en la autoestima y la consolidación del carácter permiten una organización de la personalidad total llegando a un grado óptimo de maduración.

Conclusión

Como podemos observar, la adolescencia es una etapa en el desarrollo que se caracteriza por una serie de cambios en todos los aspectos del ser humano; biológicos, físicos, cognitivos, psicológicos y sociales.

He señalado también que esta etapa es considerada un periodo de adaptación al aumento de impulsos sexuales durante la pubertad, y que es común la regresión a conductas con formas infantiles, ya que los conflictos no resueltos en la infancia tienden a reeditarse en la adolescencia y el resultado influye en una secuencia de relaciones inestables con las figuras parentales y los pares, impactando finalmente, en el desarrollo ulterior de la personalidad. Lo anterior nos brinda la posibilidad de comprender cómo y por qué es en esta etapa donde emerge o se hace más evidente la conducta patológica en el adolescente.

Por ejemplo, en cuanto a los hitos de desarrollo esperado en adolescentes, a menudo se observa que aquellos que no han desarrollado un pensamiento abstracto apropiado para su edad pueden presentar también una conducta maladaptativa, ya que al enfrentarse a un mayor número de estímulos y exigencias (académicas, familiares y sociales,) que en etapas previas, el adolescente no es capaz de integrarlos y responder ante ello de manera adecuada. Sin embargo, esto no significa que en la infancia no existiera ninguna problemática, su explicación radica en que esta incapacidad de adaptación es menos evidente cuando el individuo se encuentra en situaciones estructuradas, no amenazantes o predecibles, y es más factible que aparezcan en periodos de cambio y estrés como la adolescencia.

Un aspecto determinante es el poder diferenciar síntomas transitorios normales del desarrollo, de los rasgos de una sintomatología grave. Durante la adolescencia, la crisis de identidad, conflictos neuróticos con la autoridad, e incluso la activación de algunas operaciones primitivas de defensa, como el comportamiento antisocial ocasional y las relaciones objetales narcicistas, no tienen ni la gravedad ni la cronicidad en un adolescente normal que sí se observan en uno limítrofe.

Para finalizar, es importante señalar que en ausencia de una intervención del

ambiente, se esperaría que la manifestación de una conducta patológica se hiciera más evidente y desadaptativa con las nuevas exigencias del desarrollo relacionadas con cada transición. Algunos autores informan que los comportamientos evaluados en la primera parte de la adolescencia predicen de mejor manera el funcionamiento adulto que comportamientos semejantes evaluados cuando los niños eran menores o en la mitad de la adolescencia. De manera que, la forma en que maneje el niño la transición entre la educación primaria y secundaria puede ser un indicador confiable de cómo manejará cambios similares más adelante, dado que el niño intentará manejar las ansiedades propias de las transiciones del desarrollo. Es por ello que las etapas de latencia y pubertad juegan un papel decisivo en el desarrollo del adolescente, pues los recursos que adquieran estas etapas, serán los que más tarde les permitan enfrentar y ajustarse a los cambios que les demandará el curso de su desarrollo normal.

CAPÍTULO II

2.4 EL PACIENTE LÍMITROFE

El concepto límite, limítrofe, fronterizo o borderline ha sido uno de los más controvertidos dentro del campo psicoanalítico y de la psiquiatría descriptiva durante los últimos años. A pesar de que en un principio se aplicó a pacientes que no podían ser clasificados ni como psicóticos ni como neuróticos, el término ha ido adquiriendo una gran difusión y aceptación. “Como la histeria fue en la época de Freud, el paciente limítrofe es el problema de nuestro tiempo. Edipo ha sido reemplazado por Hamlet como el prototipo mítico... Ahora la palabra mágica es paciente limítrofe” (Sugarman, 1989).

Si bien, muchos están de acuerdo en emplear el término, existe una gran discrepancia en cuanto a su definición. Para algunos, el concepto es de suma utilidad para abordar a grupos de pacientes difíciles, llamados así porque se dice que responden atípica y paradójicamente al tratamiento farmacológico; establecen lazos intensos, dependientes y manipuladores en sus relaciones cercanas, incluida la situación terapéutica. Su alto grado de idealización y sus expectativas mágicas de curación los lleva a decepcionarse fácilmente y, por consiguiente, a abandonar la terapia. Presentan severas regresiones, crisis repetidas, reacciones primitivas y un elevado riesgo suicida que oscila impredeciblemente entre intentos de manipulación y un genuino deseo de morir. Todas estas características llevan a verdaderas tormentas contratransferenciales donde el coraje y la ansiedad agotan la paciencia del terapeuta. Son ataques directos al narcisismo y a la autoestima del profesional, ya que, como menciona Chessick (1993), es aquí donde el terapeuta “se enfrenta más dolorosamente con sus debilidades y deficiencias”.

Gunderson (1975) por su parte, describe a los pacientes limítrofes como demandantes, encimados y manipuladores en sus relaciones cercanas, mostrando intensa hostilidad, rabia y sadismo, en donde los sentimientos van de la idealización al desprecio, con inestabilidad extrema, transitando entre la cercanía fusional y entrega absoluta, y el total rechazo cargado de hostilidad.

Si bien es cierto, los esfuerzos por delinear el concepto limítrofe, provienen de dos líneas de desarrollo que han caminado de forma paralela. Una de ellas está constituida por los descubrimientos psicoanalíticos y las formulaciones psicodinámicas. La otra línea proviene de la descripción –en el campo psiquiátrico– de las conductas, los síntomas y los rasgos que diferencian al trastorno limítrofe de los demás trastornos de personalidad. Comenzaremos por describir esta última (Gómez, 2000).

2.5 El trastorno Límite de Personalidad como síndrome

El trastorno límite de la personalidad fue incorporado al DSM III de la American Psychiatric Association en 1980, y 12 años más tarde, fue adaptado para la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud. El reconocimiento y la utilización de este diagnóstico durante 1975 hasta 1990 ha crecido de forma muy notable. De todos los trastornos de personalidad, es probablemente el más diagnosticado en la práctica clínica moderna (Nuñez, De la Fuente, 1985). Los individuos con este trastorno representan aproximadamente el 2-3% de la población general casi un 25% de todos los pacientes hospitalizados y alrededor del 15% de todos los pacientes ambulatorios (Gunderson, 2002).

Según el DSM-IV, la característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos. Los sujetos con este trastorno pueden llegar a realizar frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginario. Son muy sensibles a las circunstancias ambientales. La percepción de una inminente separación, rechazo o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la auto-imagen, afectividad, cognición y comportamiento, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones personales o profesionales. El estado de ánimo básico de tipo

disfórico de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad, suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo.

Dentro de las relaciones interpersonales, presentan un patrón de relaciones inestables e intensas.

Los sentimientos varían drásticamente en calidad e intensidad de momento a momento, pueden ser tan intensos que lleguen a distorsionar la percepción de la realidad. Pueden alternar entre sentirse llenos de sentimientos o bloquearse dando una imagen de apatía total y absoluta. Con estos intensos sentimientos o pensamientos de tipo negro/blanco, la desilusión a menudo se convierte en ira, la cual puede ser dirigida hacia otros, en ataques verbales o físicos, o bien, dirigida hacia uno mismo en intentos de suicidio o conductas autolesivas (DSM-IV, 1994).

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) el diagnóstico del trastorno límite de personalidad se rige a través de los siguientes criterios:

2.5.1 Criterios diagnósticos para el trastorno límite de personalidad según el DSM IV

Es un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, imagen del sí mismo y afectos, junto con una notable impulsividad iniciada en el comienzo de la vida adulta y presente en una variedad de contextos, como lo indican 5 o más de los siguientes criterios :

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
3. Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable

4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (Ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida)

5. Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación

6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días)

7. Sentimientos crónicos de vacío

8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)

9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Estas características deben de ser de larga duración (años), persistentes e intensas para que se pueda diagnosticar como trastorno.

Los criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM IV son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. En el CIE-10 (1992), este trastorno está recogido con el nombre de trastorno de personalidad por inestabilidad emocional, tipo límite.

2.5.2 Prevalencia

Se estima que la prevalencia de este trastorno es de alrededor del 2% de la población general, aproximadamente del 15% entre los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20-25% entre los pacientes

psiquiátricos ingresados. En las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad se sitúa entre el 30 y el 60% (Gunderson, 2002).

2.5.3 Curso

Existe una considerable variedad en el curso de los trastornos límite de la personalidad. El patrón más habitual es una inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y desaparecen de forma gradual con la edad. Durante la cuarta y quinta décadas de su vida, la mayoría de los sujetos con este trastorno logran una mayor estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional.

2.5.4 La estabilidad del diagnóstico a través del tiempo

Los estudios reportados en la literatura reportan datos contradictorios, en general la estabilidad del TLP tiene una fuerte relación inversa con la longitud del seguimiento. Berstein, Cohen, Velez y cols. (1993) en una encuesta de 733 adolescentes de 11 a 21 años de edad, encontraron que los adolescentes con un diagnóstico severo de TLP tenían 13 veces más probabilidad de tener el mismo diagnóstico 2 años después, que adolescentes sin ese diagnóstico inicial. En un estudio similar en una muestra de 407 adolescentes (Crawford, Cohen y Brook 2001a) se encontró una gran estabilidad en los síntomas del grupo B durante un intervalo de 8 años, desde la adolescencia temprana hasta la adultez temprana (de los 12 a los 20 años). Los autores llegaron también a la conclusión (de acuerdo a los puntajes obtenidos) de que los síntomas del eje II son más estables desde el punto de vista del desarrollo que los síntomas del eje I. En contraste en una muestra de universitarios, en la estabilidad de los síntomas límite a lo largo de dos años se encontró correlaciones bajas. Estos resultados sugieren que cuando se evalúa con escalas dimensionales los rasgos de personalidad erráticos son más estables en la adultez temprana que cuando son medidos como diagnósticos categóricos. Dada la estabilidad de los rasgos desadaptativos desde la

adolescencia temprana hasta la adultez, trastornos del grupo B que son subumbrales, pero clínicamente significativos, tienen más probabilidad de persistir en el tiempo (Crawford y cols. 2001a).

2.5.5 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de este trastorno, suele presentarse asociado a otros trastornos del estado de ánimo y si se cumplen los criterios para los dos trastornos deben diagnosticarse ambos.

Existen otros trastornos de la personalidad que se pueden confundir con el trastorno límite de la personalidad ya que pueden compartir algunas características. Aunque el trastorno histriónico de la personalidad también se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiante, el trastorno límite se diferencia por la autodestructividad y los sentimientos crónicos de vacío y soledad. Las ideas paranoides pueden aparecer tanto en este trastorno como en el trastorno esquizotípico de la personalidad, pero en el trastorno límite estos síntomas son más pasajeros, reactivos a las relaciones interpersonales y a estructuras externas. Tanto el trastorno de personalidad por dependencia como el límite, se caracterizan por el temor al abandono, sin embargo, el que padece el trastorno límite reacciona con sentimientos de vacío emocional, rabia y demanda - además de caracterizarse por el típico patrón de relaciones inestables-, en tanto que el sujeto con trastorno de personalidad por dependencia reacciona con gran sumisión y busca urgentemente una relación que reemplace la anterior.

Sin embargo, si un paciente cumple criterios para más de un trastorno de personalidad puede hacerse un diagnóstico múltiple (APM, 2001).

2.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA ADOLESCENCIA

Desde la perspectiva del desarrollo, el desafío del diagnóstico diferencial en esta etapa es distinguir los síntomas y rasgos transitorios del desarrollo normal de la

sintomatología múltiple y grave del paciente límite.

Se puede suponer que los adultos límites son representativos, desde una perspectiva cronológica, de los adolescentes límites mayores. El adulto límite no difiere sustancialmente del adolescente excepto en la carga de las complicaciones secundarias en el curso de la vida (matrimonio, niños, vicisitudes vocacionales), que no modifican de manera esencial la organización límite. Por la persistencia de los mecanismos de defensa primitivos con los efectos de un Yo debilitado, el paciente tiene incapacidad para integrar la experiencia de relaciones parciales y distorsionadas con los objetos externos. Básicamente, por la ausencia de experiencias positivas de la vida, no es capaz de aprender de la experiencia: el tiempo se detiene para el paciente.

El trastorno límite debe diferenciarse de un cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica en que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central. También es necesario distinguir de los síntomas que pueden aparecer en asociación con el consumo crónico de sustancias (González-Nuñez, 2000).

Finalmente, los trastornos psicóticos de desarrollo más lento, como la esquizofrenia crónica, pueden confundirse como trastornos límite por la predominancia de patología grave de las relaciones objetales, retraimiento social y grave patología del carácter en general (Kernberg, 1999).

2.7 EI PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO

Dentro del medio psicoanalítico, Kernberg describió la *organización límite de la personalidad* como un estado patológico permanente y estableció criterios descriptivos, estructurales y genético-dinámicos para reconocerlo.

Siguiendo al autor, su análisis descriptivo, propone los siguientes criterios como elementos del diagnóstico presuntivo y aclara que ninguno de los síntomas es por sí mismo patognomónico, pero la presencia de 2 ó 3 constituye un indicio estable de una personalidad límite subyacente (Kernberg 1999).

2.7.1 Criterios del diagnóstico estructural de Kernberg (1975/1990)

1. Ansiedad flotante, crónica y difusa.
2. Neurosis polisintomática
 - a) fobias múltiples
 - b) síntomas obsesivos-compulsivos
 - c) múltiples síntomas de conversión
 - d) reacciones disociativas
 - e) hipocondría
 - f) tendencias paranoides e hipocondríacas con cualquier otra neurosis sintomática
3. Tendencias sexuales perversas- polimorfos
4. Las estructuras clásicas de la personalidad prepsicótica:
 - g) personalidad paranoide
 - h) personalidad esquizoide
 - i) personalidad hipomaniaca y organización ciclotímica de la personalidad con notables tendencias hipomaniacas
5. Neurosis impulsiva y adicciones
6. Desórdenes caracterológicos de nivel inferior
 - j) personalidad histérica y personalidad infantil
 - k) personalidad narcicista

2.8 ORGANIZACIÓN LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD

2.8.1 Estructuras mentales y organización de la personalidad

Kernberg propone la existencia de tres organizaciones estructurales amplias que corresponden a la organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad. En cada caso, la organización estructural desarrolla la función del aparato mental, mediando entre los factores etiológicos y las manifestaciones directas de la enfermedad. Estos tipos de organización neurótica, límite y psicótica se refieren a las características predominantes del paciente, particularmente respecto a 1) su grado de integración de la identidad, 2) los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea y 3) su capacidad para la prueba de realidad. Las estructuras límite y psicótica se encuentran en pacientes que muestran una

predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de la escisión. La prueba de realidad se conserva (aunque pueden llegar a presentarse distorsiones) y se observa una difusión de la identidad representado por un concepto pobremente integrado de sí mismo y de otros significantes.

2.8.2 El síndrome de difusión de identidad

Clínicamente la difusión de la identidad, se refleja en la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conducta contradictoria que no puede integrarse en una forma emocionalmente significativa y percepciones huecas, empobrecidas e insípidas de los demás.

En la organización límite tanto las representaciones del sí mismo como de los objetos permanecen como representaciones afectivo-cognoscitivas múltiples y contradictorias, esta falta de integración de los aspectos “buenos” y “malos” de la realidad del sí mismo y de los demás, se debe a la predominancia de una agresión grave activada a edades tempranas. La disociación de las representaciones buenas y malas protege al amor y la bondad de la contaminación por el odio y la maldad predominantes.

2.8.3 Mecanismos de defensa primitivos

El mecanismo de la disociación primitiva o escisión y los mecanismos asociados de idealización primitiva; como la identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación protegen al paciente límite del conflicto intrapsíquico pero al costo de debilitar el funcionamiento de su yo, reduciendo por lo tanto su efectividad adaptativa y flexibilidad ante las experiencias de vida.

Escisión:

La manifestación más clara es la división de los objetos externos buenos y malos con posibilidades de cambios completos, abruptos, de un objeto al otro, es decir; virajes repentinos y completos de todos los sentimientos y conceptuaciones sobre una persona particular. La oscilación repetitiva extrema entre conceptos contradictorios del sí mismo es otra manifestación del mecanismo de escisión.

Idealización primitiva

Este mecanismo complica la tendencia de ver los objetos externos como completamente buenos o malos, al aumentar artificial y patológicamente su cualidad de bondad o maldad ya que crea imágenes no realistas, poderosas y completamente buenas.

Formas tempranas de proyección; la identificación proyectiva: este mecanismo se caracteriza por: 1) la tendencia a seguir experimentando el impulso que está siendo proyectado simultáneamente sobre la otra persona, 2) temor a la otra persona bajo la influencia de ese impulso proyectado 3) la necesidad de controlar a la otra persona bajo la influencia de este mecanismo.

Negación

La negación en estos pacientes se ejemplifica en forma típica con la negación de dos áreas de conciencia emocionalmente independientes, de manera que sólo refuerza la escisión. El paciente se da cuenta de sus sentimientos y pensamientos sobre sí mismo o sobre los demás, en un momento u otro, son opuestos por completo a los que había tenido anteriormente, pero su memoria no tiene relevancia emocional y no puede influir en la forma en que siente ahora.

Omnipotencia y devaluación

Tanto la omnipotencia como la devaluación son derivaciones de operaciones de escisión que afectan las representaciones del sí mismo y de los objetos y se representan en forma típica por la activación de los estados del yo que reflejan un sí mismo grandioso, muy inflado, en relación con una representación de los demás despreciada y emocionalmente degradante.

Prueba de realidad

La prueba de realidad se define por la capacidad de diferenciar el sí mismo del no-sí mismo; lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción de los estímulos y la capacidad para evaluar de forma realista el contenido de nuestro

propio afecto, conducta y pensamiento en términos de las normas sociales ordinarias. Clínicamente se reconoce por: 1) ausencia de alucinaciones y delirios 2) un afecto o emoción, contenido de pensamiento o conducta fuertemente inapropiados o bizarros 3) la capacidad para empatizar y clarificar las observaciones de otras personas de lo que les parece inapropiado de las emociones, conducta o contenido del paciente, en el contexto de las interacciones sociales ordinarias.

Por otro lado, las manifestaciones no específicas de debilitación del yo incluyen la ausencia a la ansiedad, de control de impulsos y de canales de sublimación desarrollados. Estas manifestaciones diferencian la organización límite y las psicosis, de las estructuras neuróticas, pero su función es menos precisa y clara entre las estructuras límite y neurótica de la integración de la identidad y las operaciones defensivas (Kernberg, 1999).

2.9 EI DIAGNOSTICO ESTRUCTURAL EN LA ADOLESCENCIA

Es importante señalar que en la literatura antigua sobre el campo de la adolescencia, las perturbaciones de la identidad, las crisis de identidad y la difusión de la misma no estaban claramente diferenciadas. Aún en la actualidad, puede encontrarse vigente la pregunta de si todos los adolescentes podrían presentar algún grado de difusión de la identidad y de ahí ser indistinguibles de la organización posterior de la personalidad límite, aunque una manera de diferenciar la patología del carácter *límite* y *no límite* puede darse mediante el uso del enfoque estructural ya mencionado. Sin embargo, al aplicar criterios estructurales a la evaluación inicial de pacientes adolescentes, existen varios rasgos que lo complican y que es importante tomarlos en cuenta:

Primero.- la gravedad relativa de los afectos desorganizadores de las neurosis sintomáticas en la adolescencia, ansiedad y depresión típicamente graves, pueden afectar el funcionamiento total del adolescente al grado de parecerse al deterioro típico de los trastornos límite.

Segundo.- es la tendencia del adolescente hacia crisis de identidad, caracterizado por cambios rápidos de identificaciones con esta o aquella ideología. Estas

alteraciones repentinas originan la pregunta de si está presente el más grave síndrome de difusión de identidad.

Tercero.- los conflictos con los padres, hermanos o autoridades escolares pueden malinterpretarse, ya que estos conflictos pueden reflejar necesidades neuróticas de dependencia y rebelión, una patología grave en el área de las relaciones objetales y una manifestación del síndrome de difusión de identidad.

Cuarto.- la conducta antisocial en el adolescente puede ser expresión de una adaptación “normal” o neurótica a un grupo cultural antisocial o reflejar patología grave del carácter y organización límite tras la máscara de una adaptación a un grupo antisocial.

Quinto.- las reacciones narcicistas normales, neuróticas e infantiles tan frecuentes en la adolescencia pueden ocultar una personalidad narcicista grave.

Sexto, el surgimiento normal de tendencias sexuales perversas múltiples en esta etapa puede imitar la condensación de rasgos genitales y pregenitales típica de la organización límite (Kenrberg, 1999).

2.10 ¿CÓMO SE ESTRUCTURA LA PERSONALIDA LIMÍTROFE?

2.10.1 Las relaciones objetales

Un tema estructural íntimamente ligado con la formación de una organización de la personalidad limítrofe tiene que ver con la calidad de las relaciones objetales: la estabilidad y profundidad de las relaciones del paciente con los otros significantes según se manifiesta por la calidez, dedicación, interés y tacto. Otros aspectos son la empatía, entendimiento y capacidad para mantener una relación cuando es invadida por el conflicto o la frustración, ya que la mayoría de las relaciones interpersonales de estos pacientes son caóticas o huecas y las relaciones íntimas están por lo general contaminadas por su típica condensación de los conflictos genitales y pregenitales. La calidad de las relaciones objetales es en gran parte dependiente de la integración de la identidad. Por ello, la teoría de las relaciones objetales constituye un valioso marco de referencia y brinda un postulado explicativo para las características clínicas de estos pacientes y su proceso terapéutico (Kernberg, 1999).

2.10.1.1. Desarrollo normal de las relaciones objetales (Malher, 1968)

Primera etapa: Autismo Normal

Se dice que el bebé posee la dotación genética que impulsa a la vinculación con la madre y el ambiente, en esta primera etapa existe un predominio fisiológico o fase sin objeto, la mayor parte del tiempo duerme y no reconoce los cuidados maternos, se da un desplazamiento de la libido del interior al exterior del cuerpo, abarca el primer mes de vida y cualquier fijación en este punto se reflejaría en la consecuente incapacidad para establecer una relación simbiótica normal con la madre, situación típica de la psicosis autista que es resultado de la carencia de dotación genética antes descrita o bien, por la incapacidad de la madre para cuidarlo.

Segunda etapa: Simbiosis Normal

Se entiende por simbiosis un vínculo establecido entre dos individuos para su mutuo beneficio. El comienzo de esta etapa ocurre alrededor del segundo mes de vida y termina entre el quinto y sexto. En esta fase el niño depende absolutamente de la madre y padece una fusión ilusoria con ésta, aunque logra diferenciar entre

estímulos placenteros y desagradables, utilizando la proyección de aquellos que le resultan desagradables. Al término de esta etapa se estructura el yo corporal y se constituye bajo la influencia de experiencias placenteras y gratificantes del lactante en su relación con la madre.

La fijación patológica en esta etapa se caracteriza desde el punto de vista clínico, por la falta de definición de los límites yoicos, típica de la psicosis simbiótica infantil.

En esta etapa Kernberg (1999) incluye la subfase de separación-individuación porque señala que cuando una frustración grave determina un desarrollo patológico en este periodo, la diferenciación entre las representaciones del sí-mismo y del objeto sigue siendo relativamente incompleta y persiste la tendencia a refusionar las imágenes buenas de sí-mismo y del objeto.

Tercera Etapa: *Separación-Individuación*

Esta etapa se caracteriza porque el objeto se ha diferenciado de manera estable a partir del núcleo de la representación conjunta *sí-mismo-objeto*. Este proceso de separación tiene lugar en un primer momento con la *diferenciación*, la cual se logra a través de un distanciamiento y desvinculación progresiva de la madre, así como con el establecimiento de los límites del yo. Nos referimos a *individuación*, cuando se ha consolidado una autonomía intrapsíquica, la cual también estará determinada por la interacción de varios elementos en el curso del desarrollo infantil; percepción, memoria, cognición, prueba de realidad.

Esta etapa se divide a su vez en las siguientes subfases:

- *Diferenciación*. Ocurre aproximadamente del quinto al 7º - 8º mes de vida, se caracteriza por que el bebé manifiesta una sonrisa específica ante la presencia de la madre (ya sea la voz o imagen), en este sentido la madre es catectizada por el infante como un objeto libidinal, así mismo, su maduración neurológica le permite pasar mayor tiempo despierto y por ende tener mayor actividad motora, de tal forma que explora a la madre (a través del tacto y visión) y reacciona ante la presencia-ausencia de ésta, comienza a diferenciar el sí-mismo de la madre; objeto. Como resultado de ello aparece el objeto transicional que le permitirá

calmarse y sustituir la gratificación que le proporciona la figura materna y a su vez, experimentar angustia de separación ante la ausencia de ésta.

- *Ejercitación locomotriz.* Esta subfase tiene lugar alrededor del 8° -9° a 15° mes, donde la separación física de la madre comienza a hacerse más evidente, debido principalmente al logro de una *ejercitación temprana*; gatear, que más tarde se convertirá en una *ejercitación verdadera*; donde convergen la aceptación por parte de la madre sobre la autonomía del niño, más la dotación innata para que éste pueda libidinizar ahora la función motora.

- *Acercamiento.* Es en este periodo (del 15 al 24° mes) donde aparece un mayor funcionamiento cognitivo y motor, desaparece la ilusión omnipotente y comienza un nuevo acercamiento a la madre, que se caracteriza por un seguimiento y huída de la misma, este proceso de *alejamiento y reacercamiento* da lugar finalmente a establecer cómo ha de ser la distancia óptima entre el infante y la madre. Al respecto Malher señaló que los estados fronterizos están vinculados con la resolución patológica de esta subfase, punto que retomará más adelante.

-*Logro de constancia objetal.* Esta última subfase que ocurre entre el 24 al 36° mes, supone la consolidación de la individuación, donde el objeto (la madre) está disponible intrapsíquicamente y es evocado sin dificultad cuando el niño lo necesita, para que esto ocurra el objeto debe estar investido libidinalmente o neutralizado, al finalizar esta fase, el niño logra integrar las partes opuestas del objeto “buenas” y malas”, es decir; no existe más lugar para la escisión.

Ahora bien, parece que el evento desencadenante del TLP, ocurre en la fase de *separación-individuación* tomando fuerza desde la fase simbiótica debido a carencias tempranas en la relación objetal, especialmente en la subfase de reacercamiento, en la que el niño necesita estar regresando a tocar a la madre para obtener seguridad y reabastecimiento emocional. Se sugiere entonces, que la madre parece rechazar la creciente autonomía del niño, pero contradictoriamente

tampoco tolera su cercanía emocional. Por tanto, se propone que la alteración limítrofe puede surgir no sólo de la crisis de reaproximación, sino también de fijaciones o regresiones a fases tempranas de diferenciación o de ejercitación del proceso de *separación-individuación*. Los problemas de la crisis de reaproximación en el proceso de separación-individuación llevan a la persistencia de la escisión, lo cual interfiere a su vez con la integración de imágenes “buenas” y “malas” para proteger al niño de la angustia y la ira. Por ello, los intentos del paciente de lograr un sentido de identidad y un funcionamiento autónomo resultan siempre imposibles de lograr (Kernberg, 2002).

Masterson (1971) también ubica la causa de este trastorno en la etapa de separación-individuación, ya que la madre envía mensajes contradictorios, que empujan hacia la autonomía, y que más tarde se ven censurados ante la amenaza de la ruptura simbiótica, logrando así la disociación del Yo, donde en una parte se concentran las experiencias de gratificación y amor, y en otra parte se graba la frustración por la amenaza de la pérdida del amor y protección.

La integración de las representaciones del sí-mismo-objeto (constancia objetal) da lugar a la fase de desarrollo que Melanie Klein (1940) denominó “posición depresiva”, sin embargo, una diferencia importante la constituye la cronología de esta fase, ya que para esta autora ocurre en el primer año de vida, bajo la premisa de que a esta edad ya funciona un superyó. Siguiendo con esta teoría, existe una evolución libidinal de la posición esquizo-paranoide -donde el infante ataca y destruye imaginariamente a los objetos que lo frustran real o vivencialmente- hacia la posición depresiva, en la cual, el niño consigue integrar las partes escindidas de su yo y de sus objetos internos, lo que permite que surja la ambivalencia; característica que indica que se ha superado la posición esquizo-paranoide, al respecto Klein señala: “El bebe tolera mejor el instinto de muerte dentro de sí y decrecen sus temores paranoides; disminuye la escisión y la proyección y gradualmente puede predominar el impulso a la integración del yo y del objeto” (Klein, 1940).

En la posición depresiva, el bebe reconoce ya un objeto total (la madre), a medida que ésta se convierte en objeto total, el yo del bebe también se convierte en un yo total. Al mismo tiempo, reconoce cada vez con mayor claridad que es una misma persona –él mismo- quien ama y odia a una misma persona –su madre-. Esta ambivalencia se convierte en la fuente principal de su ansiedad, aunado al temor de que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien descubre que depende totalmente. Al percatarse de ello, aumenta su necesidad de poseer este objeto, de guardarlo dentro de sí, y si es posible protegerlo de su propia destructividad, ya que teme que estos impulsos destructivos destruyan no sólo al objeto bueno externo, sino también al objeto bueno introyectado. Ante esta situación, aparece el duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que se siente perdido y destruido, y la culpa, provocada por el sentimiento de que perdió a su objeto bueno por su propia destructividad.

Tomando en cuenta esta teoría, los pacientes con Trastorno de la personalidad limítrofe no han logrado consolidar esta posición del desarrollo, por lo que la nostalgia por el objeto reaparece fácilmente y es notable la sensación de no poder reparar (González-Núñez , 2000).

De acuerdo con Kernberg (1979) la agresión condiciona una imagen distorsionada de las imagos parentales y así se crea un círculo vicioso que ocasiona la escisión: las imagos al estar cargadas de odio y temor, deben ser mantenidas en forma disociada, tanto los objetos totalmente buenos y totalmente malos son proyectados, construyéndose representaciones idealizadas y persecutorias. Por tal motivo los adolescentes límite no pueden establecer vínculos realistas.

2.11 Fallas en la constitución del superyó

Las organizaciones límite reflejan una deficiencia en la integración del superyó y se caracterizan por precursores no integrados del mismo, particularmente representaciones primitivas de los objetos, sádicas e idealizadas. Sin embargo, aún pacientes que emplean defensas predominantemente primitivas pueden dar evidencia de integración del superyó, aunque sea de naturaleza sádica. El

desarrollo del superyó, por la escisión y la falta de integración sintética del Yo, se mantiene en los niveles de los introyectos, fácilmente proyectados a los objetos externos (Kernberg, 1999).

El niño borderline, puede haber superado etapas pregenitales que hubieran podido operar como una organización de tipo psicótico, sin frustraciones demasiado grandes. Así, evoluciona hacia la fase edípica, cuando súbitamente, sufre lo que Bergeret (1987) denomina: traumatismo psíquico precoz (una frustración muy viva o un riesgo de pérdida de objeto importante) el cual le impide abordar la relación triangular en condiciones normales. Por ello, al niño le será especialmente difícil apoyarse sobre el amor del padre para soportar los sentimientos de hostilidad hacia la madre, y en otro momento también apoyarse en el amor de la madre para negociar su odio por el padre. De manera tal que le será difícil utilizar plenamente la inhibición para eliminar el exceso de tensión sexual o agresiva, llevándolo ante la necesidad de apelar a mecanismos de defensa más arcaicos para el Yo; tales como la *negación* de las representaciones sexuales (y no de la realidad) la *escisión* del objeto (y no del Yo) la *identificación proyectiva* o el manejo omnipotente del objeto en general, bajo las formas más variadas y sutiles, estos procesos parecen proyectarse al futuro con una estructura tal que se cristalizará en un adolescente limítrofe.

Se ha observado, que a pesar de que existen elementos edípicos y superyoicos en mayor medida que en una estructura psicótica, estos carecen de una función estructurante, por lo que la represión secundaria funciona débilmente. Lo anterior obedece al grado de inmadurez del Yo (dadas las fijaciones pregenitales) y las vivencias edípicas que fueron perturbadas. Esto trae consigo los elementos superyoicos cimentados en fijaciones bajo el ámbito de un ideal del yo pueril y gigantesco. Así, la instancia dominante en la organización limítrofe no es el superyó –como en la neurosis- ni el ello, –como en la psicosis-, sino el ideal del Yo, quien ocupa el lugar que le correspondería al superyó, lo que produce un alto grado de tensión narcicista, generadora de depresión, vacío y rabia, así como de vergüenza y angustia de pérdida de objeto (González- Núñez, 2000).

Se ha observado en los niños preescolares que no han logrado ciertas tareas esperadas para su edad. No toleran la separación de su madre, carecen de la distinción entre el bien y el mal, muestran un pobre control de impulsos, así como incapacidad para expresar una variedad modulada de sentimientos y están inciertos con respecto a las distinciones sexuales. Estos niños no parecen disfrutar de las interacciones con sus compañeros ni de la paulatina separación de sus padres, ni tienen sentido de pertenencia a una comunidad extendida. Finalmente, no han resuelto todavía el complejo de Edipo a través de canales de sublimación y de la represión, y del logro de la constancia del sí mismo y del objeto.

Las alteraciones en el sentido del sí mismo indican puntos de fijación del desarrollo o puntos de regresión. Los niños limítrofes pueden percibirse así mismos como diferentes; no manifiestan placer en sus actividades, especialmente el juego. En general, el tono de sus sentimientos es de apatía, anhedonia y minusvalía, con frecuencia su depresión crónica se conjunta con el rechazo de sus padres y compañeros, así como de problemas académicos. También carecen de la capacidad para internalizar la gratificación porque no logran la constancia objetal, en cambio, existe un sentido alterado del sí mismo, con desconfianza y miedo a la desintegración. Como se ha mencionado con anterioridad, existe una inestabilidad del autoconcepto del niño y dificultades en el proceso de separación-individuación, ya que puede sentir que no sobrevivirá sin el otro, como si estuvieran enganchados. Finalmente, el niño también puede indicar que está más allá del peligro y que no necesita a nadie, sin embargo, en otras ocasiones tratará de controlar a alguien más o se someterá al control de otro, para ganar algo de sentido del sí mismo.

En cuanto al desarrollo de los preadolescentes y adolescentes se observa que estos pacientes no han adquirido un sentido de identidad ni han desarrollado un pensamiento abstracto. Tampoco está establecida la identidad del rol sexual, con capacidad de intimidad y adaptación heterosexual y las fantasías masturbatorias están conectadas en forma primaria con temas pregenitales, como los anal-

sádicos y orales

En los adolescentes limítrofes se manifiesta una incapacidad para estar solos; prefieren las aventuras intensas, conflictivas y breves, una tras otra, precisamente por huir tanto de la soledad como de la cercanía. También se ha hecho énfasis en la sensación de superficialidad y aunque se adaptan a los convencionalismos sociales no se les percibe auténticos, siendo la característica esencial de estos pacientes el mostrar conductas como si poseyeran su capacidad emocional completa, sin embargo, no hay reciprocidad en sus relaciones interpersonales (Kernberg, 2002).

2.12 ETIOLOGÍA

Los avances en la comprensión de los factores causales de la enfermedad límite se han producido a partir de estudios de caso de tratamientos con psicoterapia focalizada en la transferencia y con base en las investigaciones sobre maltrato infantil y los trastornos de apego. La comprensión de la relación entre estas variables y sus consecuencias neurobiológicas ha permitido entender muchos de los síntomas de este padecimiento (López, 2004).

2.12.1 Factores biológicos y genéticos

El modelo neurobiológico hace referencia a la frecuente asociación de los trastornos limítrofes de la personalidad con alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso central. Varios déficit afectan la experiencia del mundo interno y externo del niño, la construcción del mundo representacional interno, el esquema interno de trabajo del sí mismo y del otro y su mundo interpersonal. Estos déficit se refieren a la impulsividad, baja tolerancia a la frustración, controles con respecto a la cognición, atención, afecto y funciones integrativas, que ponen en riesgo para un desarrollo límite del Yo, co-determinado por una vía orgánica. El abuso de sustancias, alcoholismo y comportamientos histriónicos y sociopáticos son fenómenos concomitantes en estas conductas.

El patrón límite “orgánico” presenta un inicio en la niñez temprana de *acting out* impulsivo, abuso de sustancias y una leve depresión. En contraste, las personas

límites “no orgánicas”, predominantemente femeninas, por lo común tuvieron una manifestación inicial en la adolescencia de mayor depresión y una historia familiar de trastornos afectivos (López, 2004).

Depeu (1996) propone que los trastornos de personalidad tal vez se expliquen por el equilibrio en los sistemas de emocionalidad negativa (noradrenalina) emocionalidad positiva (dopamina) y control (serotonina). La emocionalidad negativa abarca los afectos de la ansiedad, ira, enojo e impulsividad, la emocionalidad positiva se refiere a todos los afectos placenteros y el control, sería una función encargada de contener tanto las respuestas negativas como las positivas. El funcionamiento correcto del sistema de control sobre el sistema dopaminérgico protegería al sujeto de la búsqueda compulsiva de efectos placenteros a través del alcohol, drogas, sexo y otras modalidades de experimentar placer (López 2004).

La observación clínica indica de manera consistente que los pacientes con TLP tienen dificultad para inhibir el comportamiento y/o retardar las respuestas, lo que muchas veces los lleva a cometer conductas antisociales, al respecto; estudios morfométricos y funcionales de neuroimagen de sujetos agresivos impulsivos han encontrado consistentemente anomalías del lóbulo frontal (Amen et al., 1996; Hirono et al., 2000). En esta misma línea, otros teóricos han argumentado que el papel más importante del lóbulo frontal puede ser la responsividad afectiva, el desarrollo social y personal, y la autoconciencia y autoconocimiento (Stuss y Alexander, 2000).

Por otro lado, autores como Herpertz y cols. (2001b) sugieren que la corteza perceptual de los pacientes con TLP podría estar modulada a través de la amígdala, llevando a un incremento en la atención a los estímulos ambientales de connotación emocional.

Aunque actualmente existe evidencia de la heredabilidad de los rasgos de personalidad, no existe la posibilidad de heredar los trastornos límites. Sin embargo, Loranger y cols. (1994) han encontrado sorprendentemente que los

parientes de primer grado de los pacientes límite tienen un riesgo de morbilidad para desarrollar un trastorno límite de la personalidad cerca de 10 veces mayor que los parientes entrevistados de pacientes bipolares y esquizofrénicos, lo que tal vez podría explicarse por la influencia que los factores ambientales tienen en la patología límite.

Sin embargo, Pope y cols. (1983) encontraron también una elevada incidencia del trastorno límite de personalidad en familiares en primer grado de pacientes con trastorno bipolar.

La asociación entre bajos niveles de serotonina y agresión impulsiva pudiera ser en parte genética, con frecuencia se sugiere que los niveles bajos de serotonina crean un déficit en la capacidad inhibitoria. Sin embargo, Cloninger (1993) propone que lo que es clínicamente visto como agresión impulsiva es una combinación de alta búsqueda de la novedad con una baja evitación de daño, misma que está asociada con actividad serotoninérgica. No obstante, Silk (2000) concluye que la exploración de los neurotransmisores y de los genes polimórficos que influyen en el comportamiento incrementará sin duda la comprensión del TLP, pero sin la exclusión de los aspectos ambientales.

En cuanto al temperamento, elemento que también representa la parte heredada y que hace una persona diferente de la otra. Consiste en las características del nivel de actividad, el temor, la habilidad para estar calmado, respuesta a los estímulos e intensidad afectiva. Se ha encontrado que el temperamento y los rasgos de personalidad muestran una modesta continuidad de la infancia y la niñez, con un incremento en la estabilidad de la edad preescolar a la adolescencia con una fuerte estabilidad después de los 50 años. También se ha observado que el temperamento de un chico evoca una respuesta particular en los otros, además la personalidad puede hacerlos más o menos asertivos en el desarrollo de relaciones de pares y amigos; una de las tareas más importantes en la adolescencia y que determinará su funcionamiento posterior en la adultez (Weston y cols. 2007).

2.12..2 Trastornos en el Eje I

La comorbilidad en el eje I puede estar asociado con el desarrollo de un TP. Se han hecho dos estudios longitudinales donde se entrevistaron a adolescentes que después eran adultos jóvenes. En uno de ellos se encontró que aquellos que tuvieron una historia de vida con TDM fueron 4 veces más propensos a tener una elevada puntuación en TP, mostrando también un curso más severo de TDM; con mayor duración, más recurrencia, más severidad de síntomas y más intentos suicidas. Los chicos con ansiedad, trastorno de conducta y abuso de sustancias también encontraron elevadas puntuaciones de TP. Al incrementar el número de trastornos del Eje I, el riesgo de TP también incrementó; 2.1%, 14.9%, 23.4% y 63.6%, participantes sin diagnóstico, con uno, dos o tres en trastornos del Eje I respectivamente. Los trastornos de conducta son más propensos a encontrarse en todos los clusters de personalidad, los trastornos de ansiedad se asocian con el cluster A y C, los deprimidos se asocian con el cluster B y C. El CIC examinó los TP y encontró también que los trastornos de conducta predecían todo tipo de TP e incrementaban el riesgo de desarrollar TP cuatro veces más.

Los episodios de depresión pueden deteriorar las relaciones interpersonales, las cogniciones y el funcionamiento global, el cual puede tener un efecto sobre el desarrollo de la personalidad. La depresión incrementa el riesgo de padecer un TP en el cluster B y C, seis y ocho veces más respectivamente (Weston y cols. 2007).

2.14 FACTORES PSICOSOCIALES

2.14.1 Separación o pérdida parental

Uno de los primeros estudios identificó tasas altas de pérdidas parentales a causa de divorcio o muerte en la historia de aquellos individuos con TLP. Estos resultados fueron confirmados en otras investigaciones donde se observó que las alteraciones de las familias con TLP excedían en su mayoría a las de los grupos controles (Walsh, 1977). En estudios retrospectivos más recientes se encontró que las separaciones tempranas de uno a tres meses o por más tiempo

caracterizaban al grupo de TLP. Existe entonces alguna indicación de que las separaciones infantiles prolongadas caracterizan a este grupo.

2.14.2 Historia Familiar

Una historia positiva de psicopatología es más comúnmente encontrada en uno o dos de los padres biológicos de lo que se esperaría al azar, por ejemplo Golden y cols. (1983) reportaron que 71% de paciente ambulatorios adolescentes con TLP tenían al menos un padre con trastorno del Eje I, contra 30% de adolescentes sin TLP. Otro estudio (Shachnow y cols., 1997) de pacientes internos femeninos encontró que en 82% de éstos, ambos padres cumplían con psicopatología parental, y la severidad de la psicopatología estaba asociada con la severidad del TLP de las pacientes. Mientras estos hallazgos son consistentes con el modelo genético, indican una heterogeneidad en la patología parental que apunta hacia la influencia de un ambiente inestable en el hogar, que podría fomentar el desarrollo de características del TLP.

2.14.3 El Maltrato infantil

La investigación sobre la relación entre maltrato infantil y trastornos limítrofes apunta a una relación causal entre ambas variables. Sin embargo, se encuentran pacientes límite que no tienen antecedentes de maltrato infantil, lo que indica que el padecimiento quizá tenga varios tipos de factores causales.

Zanarini (2003) investigó las experiencias patológicas infantiles en 358 sujetos con Trastorno de Personalidad limítrofe y 109 sujetos que padecían otros trastornos de personalidad. Encontró que el 91% había sufrido algún tipo de maltrato y 92% experimentó descuido importante en sus primeros años, 62% tuvo abuso sexual infantil.

En otro estudio (1996) este mismo autor encontró en 290 pacientes femeninas hospitalizadas con Trastorno de la Personalidad Limítrofe, que más del 50% sufrieron abuso sexual en la infancia y en la adolescencia, al menos 1 vez por semana, con dos o más perpetradores siendo éste, el padre u otra persona conocida por ellas.

A medida que han aparecido estas evidencias, se han realizado investigaciones acerca de las consecuencias neurobiológicas del maltrato infantil. En una de ellas se evidenció anomalías en el EEG en el 72% de sujetos con antecedentes de abuso sexual y físico grave en la infancia, encontrándose también alteraciones estructurales en el hipocampo izquierdo, que pueden ser la causa de síntomas disociativos que presentan estos pacientes (López, 2004).

2.14.4 Actitudes parentales anormales

En un estudio reciente con adolescentes, se encontró que la conducta parental se asocia con el desarrollo de un Trastorno de Personalidad. Cuando existe una actitud materna áspera, punitiva, inconsistente en el manejo de las reglas, baja expresión afectiva, baja aspiración educativa, poco tiempo con el padre, uso de la culpa para el control conductual, pobre supervisión y comunicación, tanto materna como paterna. Los altos niveles de problemas parentales fue asociado con altos niveles de riesgo en los hijos para desarrollar rasgos de personalidad antisocial, evitativa, *limítrofe*, depresiva, histriónica, paranoide y esquizotípica. La baja afectividad se asoció con rasgos antisocial, evitativo, *limítrofe*, depresivo, paranoide, pasivo-agresivo, esquizoide y esquizotípico (Weston y cols., 2007)

Clásicamente se ha descrito que los padres de los pacientes límite fueron considerados sobreprotectores, sin embargo en una investigación empírica Walsh (1977), reportó que 57% de los casos con TLP creían que estaban demasiado involucrados con uno de sus padres. Esto fue considerado una reacción a las necesidades del padre de ser necesitado. En casi todos los casos encuestados, reportaron que uno o ambos padres fueron distantes y faltos de sentimientos de apego. Dos tercios de ellos mencionaron relaciones con los padres altamente conflictivas que incluían hostilidad, devaluación o abuso.

En otra investigación (Paris y Frank, 1989) encontraron que las mujeres con TLP reportaron percibir a sus padres como significativamente menos interesados y más sobreprotectores o controladores que pacientes controles no psicóticos.

Lo que sugiere que en estudios retrospectivos, los padres de pacientes con TLP

sobresalen al considerarse a la madre como conflictiva, distante y sobreprotectora, y al padre como menos involucrado y más distante, sugiriendo que los problemas con ambos padres tienen más probabilidades de ser la influencia patogénica común en este grupo (Fonagy, Bateman, 2004).

2.14.5 La estructura familiar

La situación familiar tiende a mantener un funcionamiento limítrofe, ya que existe ansiedad en cuanto a apoyar la autonomía del niño y hay una negación de su independencia. Shapiro y Firth-Cozens. (1987) señalan la generalización de las interacciones patológicas dentro de la familia del adolescente límite; puntualizan la gran utilización de la identificación proyectiva en el contexto familiar, lo que contribuye a mantener el funcionamiento limítrofe. Cada uno de los miembros se ve sí mismo como “fuerte y autónomo” sin necesidades dependientes, mientras que al niño designado se le percibe como débil, exigente, vulnerable y totalmente dependiente. La independencia y separación de la familia se le percibe como una devaluación de los valores familiares, o la dependencia se interpreta como una carga abrumadora y peligrosa para la familia.

Se han descrito otras formas de comunicación patológica entre los miembros de la familia incluyendo la utilización narcicista del niño, la inconsistencia, el comportamiento intrusivo y dominante y la despersonalización del niño, quien es tratado como un objeto que calma las ansiedades de la madre y no como un sujeto con su derecho propio. La madre ejerce tanto control en el niño, que éste se somete al objeto cruel con la esperanza de que triunfe y finalmente obtenga así amor. Pueden darse estilos extremos de entrega masoquista a una madre idealizada a partir de este mecanismo, los cuales interfieren con la expresión de la agresión y mantienen la escisión, fomentando así la organización limítrofe de la personalidad (Kernberg, 2002).

Las exigencias de los padres son contradictorias, sostienen en el niño una incesante lucha de su mundo interno con los ideales marcados por los padres, reviviendo e introyectando el conflicto propio en ellos; sin lograr constituirse un Superyó integrado (como se ha mencionado anteriormente) y una adecuada

función yoica sintético-integrativa que permita lidiar con las contradicciones y la incertidumbre inevitable en toda experiencia de vida. Lo que parece predominar es la falta de empatía, la cual presupone el reconocimiento del objeto como separado y con derecho a tener sentimientos e ideas propias. Se considera que tal falta de empatía de los padres proviene de que ellos mismos no tuvieron padres empáticos, donde el control y el poder imperaron (Kohut, 1986).

Las madres del adolescente borderline son muy ávidas de afecto, agresivas, dominantes, exigentes y controladoras, mantienen un vínculo simbiótico con el hijo y son incapaces de gratificar sus necesidades de dependencia o de poner límites adecuados a su conducta, tienen actitudes contradictorias hacia sus hijos y de manera inconsciente provocan la actuación inconsciente del impulso. El padre es muy pasivo, dependiente de su mujer, pero a la vez esquizoide y no desempeña el rol paterno, es una figura ausente. Las familias de estos pacientes son matriarcales, son madres con notables perturbaciones orales que establecen por tanto, relaciones simbióticas, aferrándose a los hijos para defenderse de sus propios sentimientos de abandono (González Núñez, 2000).

2.14.6 Tipos de Apego

Bowlby en 1988 afirmó que la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que ocurren en la madurez, es influida por el patrón o el vínculo que los individuos desarrollan en los primeros años de vida con su cuidador, generalmente la madre. Un apego fuerte y seguro con el cuidador parece cumplir una función biológica protectora capaz de inmunizar al pequeño en algún grado, frente a efectos posteriores provenientes de estrés y trauma. Estas implicaciones, muestran que los niveles de cortisol suben con eventos estresantes o traumáticos y, estos niveles altos alteran la función cerebral. Lo anterior confirma que el desarrollo neurobiológico temprano está moldeado no sólo por condiciones físicas, sino por el ambiente social del individuo. De esta forma, el apego del niño es un predictor de sus posteriores capacidades de regulación fisiológica y psicológica.

Este autor considera que el apego es un sistema interno autogenerado e instintivo que alcanza metas que le permiten a la persona sobrevivir y posibilita que las

conductas de apego (llanto, búsqueda de proximidad) se organicen de manera flexible en torno a una figura vincular específica. Bowlby denominó “modelos internos de trabajo” a las representaciones que el niño construye en torno a sí mismo y a la figura vincular, los cuales también organizan pensamientos, memoria y sentimientos referentes a la figura de apego y guían la conducta futura y las representaciones internas del apego. Cuando las conductas de apego fracasan repetidamente en recuperar a la figura vincular; el niño se ve obligado a desarrollar estrategias defensivas que excluyan la información dolorosa de su conciencia.

Ainsworth, Bell y Staiton (1974) comprobaron que la seguridad del apego en el niño se relaciona con la existencia de una alta “sensibilidad materna” (la habilidad para percibir las señales de su bebé, interpretarlas con precisión y responder rápida y adecuadamente a las necesidades emocionales del niño) durante el primer año de vida.

A través de la evaluación de la “situación extraña” creada por Ainsworth, los niños se pueden dividir en cuatro categorías: niños seguros, niños inseguros ambivalentes, niños inseguros evitadores y niños inseguros desorganizados. Estos últimos muestran una alta correlación con el desarrollo de trastornos de personalidad limítrofe.

Existen coherencias intergeneracionales importantes en la clasificación del apego. La calidad del apego en los padres predice el modo de apego de los niños con sus progenitores, lo que a su vez puede influir en la capacidad de esos jóvenes de realizar un buen cuidado en sus hijos en el futuro. Al respecto, George, Kaplan y Main (1985) desarrollaron un instrumento semiestructurado llamado Adult Attachment Interview (AAI) diseñado para evocar pensamientos, sentimientos y recuerdos con respecto a experiencias tempranas y evaluar el estado mental del individuo en relación al apego. Estos autores encontraron que existía una fuerte asociación entre apegos inseguros y desorganizados en la infancia y una personalidad de tipo límite en la etapa adulta.

Numerosos teóricos han recurrido a las ideas de Bowlby para explicar la patología límite, Gunderson (1975) sugirió que la intolerancia a la soledad era el núcleo de la

patología límite y que la inhabilidad de estos sujetos para invocar “introyectos tranquilizadores” era una consecuencia de fallas tempranas en el apego.

Los hallazgos en la literatura reportan que si el vínculo es saludable permite internalizar el sentimiento de confianza básica. Los chicos que desarrollan una negativa representación de sí mismo tienen un estilo de apego ansioso, mientras aquellos con una visión negativa de los otros tienen un estilo de apego evitativo y se desarrolla así cuando el cuidador es rechazante y frío y el ansioso se da cuando el cuidador es impredecible e inconsistente. Cuando el vínculo es anormal, las relaciones posteriores (pares, parejas) pueden seguir el mismo patrón. El estilo de apego ansioso se ha asociado con síntomas del cluster B y C, y el evitativo con síntomas del cluster A. El cluster A se caracteriza por un apego distante con baja ansiedad y alta evitación. El cluster B y C se caracteriza por un apego preocupado con alta ansiedad y baja evitación (Weston y cols., 2007).

En otro estudio realizado con 400 estudiantes universitarios de 18 años de edad, en la que se buscaron características del TLP, se encontró que los lazos parentales y los patrones de apego están relacionados con dichas características. Las variables más fuertemente relacionadas fueron: falta de preocupación expresa y sobreprotección materna y un patrón de apego ansioso y ambivalente (Nickell, Wuadby, Trull, 2002).

Fonagy y cols. (1996) por su parte, comprendieron los aspectos fundamentales de las condiciones limítrofes -relaciones interpersonales intensas e inestables, arrebatos de cólera, sentimientos de vacío, temor al abandono- como provenientes de una organización insegura del apego.

Más tarde, el mismo autor también bajo la teoría del apego, enfatizan el rol del apego en el desarrollo de la función simbólica y de la manera en la cual el apego inseguro y desorganizado puede generar vulnerabilidad al afrontar confusiones y desafíos futuros. Todos estos, y otros enfoques, predicen que la representación del apego es seriamente insegura y podría decirse, desorganizada en los pacientes con TLP (Fonagy y cols. 2000).

Finalmente, Diamond y cols. (1999) sostienen que aunque el abuso físico y sexual

ha sido repetidamente implicado en la etiología de este trastorno, los estudios demuestran que un clima familiar de violencia emocional y abandono, junto a un apego inseguro, se relacionan mucho más con el desarrollo de la personalidad limítrofe que específicamente los traumas del abuso sexual y físico.

Es importante destacar que el modelo del vínculo que utilizan los teóricos del apego le dan gran importancia a las experiencias tempranas, sin embargo, las experiencias sociales de los individuos con TLP son proclives a estar distorsionadas por encuentros sociales tardíos más que encuentros tempranos (Fonagy y Bateman, 2004). No obstante, existe una clara indicación de que el diagnóstico de TLP está vinculado con patrones de apego inseguro, preocupado, ambivalente y quizá temeroso.

2.15 TRATAMIENTO

Existen diversos enfoques terapéuticos destinados a abordar la patología límite, entre ellos, podemos citar la psicoterapia de apoyo, la terapia dialéctica-conductual (Linehan, 1987), la psicoterapia basada en la mentalización (Fonagy, 2004) y la psicoterapia focalizada en la transferencia, siendo ésta última la que he elegido para abordar a mi paciente, ya que este modelo ha sido plasmado de manera clara y sistemática en un manual, lo que considero como una ventaja pues ello nos brinda la posibilidad de tener una línea por donde seguir, en especial si no se tiene experiencia en el tratamiento de pacientes con este tipo de padecimiento.

2.16 Psicoterapia Focalizada en la Transferencia

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) es un tipo específico de psicoterapia psicodinámica que propuso Kernberg y que ha tenido diferentes nombres: psicoterapia expresiva y psicoterapia psicodinámica para pacientes limítrofes.

Antes de describir este modelo terapéutico, considero importante definir el término *transferencia* pues es en el análisis de la transferencia donde se basa dicho modelo. Desde el punto de vista de Etchegoyen (2002) la transferencia es un fenómeno universal y espontáneo, que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone al objeto originario (generalmente los padres) con el objeto actual (el terapeuta), Greenson (1967) agrega a este concepto que los dos rasgos fundamentales de una reacción transferencial son que es repetitiva e inapropiada, es decir irracional.

Los autores que han desarrollado este modelo hacen hincapié en que inicialmente deba usarse preferentemente dentro de un programa de terapias multimodales, el cual esté destinado a la contención de la impulsividad y de la conducta suicida, al tratamiento de los trastornos concomitantes y a mejorar los múltiples rezagos sociales, académicos y laborales de los pacientes con esta patología.

La terapia focalizada en la transferencia puede describirse en términos de variaciones sobre los tres elementos técnicos esenciales 1) neutralidad técnica 2) uso consistente de análisis de interpretación como una herramienta técnica 3) facilitación del desarrollo de una neurosis de transferencia plenamente desplegada. Debido a que las transferencias primitivas están disponibles de inmediato, predominan como resistencias, y determinan la gravedad de perturbaciones intrapsíquicas e interpersonales, el terapeuta puede y deberá centrarse en ellas inmediatamente, comenzando por interpretarlas en el aquí y el ahora. La interpretación de la transferencia requiere conservar una posición de neutralidad técnica, pues las transferencias primitivas no pueden interpretarse sin un mantenimiento firme, consistente y estable de los límites de la realidad en la situación terapéutica, esto, a través de las principales técnicas que son la clarificación y la interpretación. El análisis de la transferencia debe centrarse en la gravedad de “acting out” y en las perturbaciones de la realidad externa del paciente que quizá amenacen la continuidad del tratamiento (López, 2004).

Kernberg (1999) señala que en el caso de los *pacientes adolescentes límite* con su intolerancia a la experiencia subjetiva dolorosa, inician rápidamente el *acting out* en la transferencia como una defensa contra el vivir la experiencia y la introspección y con frecuencia también producen transferencias micropsicóticas con un tinte paranoide, lo cual se encuentra íntimamente relacionado con sus dificultades para asumir la responsabilidad de sus actos (Kernberg, 2002). La importancia de la neutralidad técnica del terapeuta estriba precisamente en la necesidad de conservar la objetividad, a modo de resaltar la distorsión del paciente a través de la acción; lo que refleja una relación de transferencia primitiva. Cabe añadir que los aspectos no verbales de la interacción con el terapeuta dan información fundamental, sustituyendo en grado considerable lo que el contenido verbal transmite en la situación analítica estándar. A través de su conducta no verbal y como un medio de controlar la situación interpersonal, el paciente intenta activar sus relaciones objetales parciales intrapsíquicas en la situación interpersonal actual. Podría decirse que en esta transformación del

conflicto intrapsíquico en acción interpersonal, el paciente recurre a un medio de comunicación y relación que, hablando genéticamente, antecede a la comunicación verbal: la regresión en forma de comunicación es quizá el aspecto más importante de la regresión en la transferencia de los pacientes límite.

Como he señalado anteriormente, las relaciones objetales parciales están formadas por una representación del sí-mismo, una representación del objeto y un afecto que une a ambas representaciones. En este modelo terapéutico se designan como *díadas persecutorias o idealizadas*.

La meta general de este tipo de psicoterapia se refiere básicamente a la integración de las relaciones objetales parciales, persecutorias e idealizadas del paciente, para que pueda alcanzar una representación total y estable del sí-mismo y del objeto, es decir; logre la integración y puede apelar a mecanismos de defensa menos primitivos como la escisión.

Este modelo pretende entonces, integrar dichas representaciones parciales del sí-mismo y del objeto a través de un proceso donde el terapeuta inicialmente identifica las relaciones parciales, las define para después relacionarlas con las dificultades y síntomas que manifiesta el paciente. Este trabajo se logra a través de cuatro estrategias principales las cuales serán descritas en el apartado ulterior de la metodología (López, 2004).

Sin embargo, el despliegue de este proceso terapéutico no se puede realizar sin que exista una *alianza terapéutica*, ya que ésta es la base indispensable del tratamiento analítico y se define como una relación positiva entre el paciente y el terapeuta. “La alianza se forma entre el yo racional del paciente y el yo racional del analista, a partir de un proceso de identificación con la actitud y el trabajo del terapeuta que el paciente vivencia de primera mano en la sesión” (Etchegoyen, 2002).

Para Greenson (1967), la alianza de trabajo depende del paciente, del terapeuta y

del encuadre. El paciente colabora en cuanto le es posible establecer un vínculo relativamente racional a partir de sus instintos neutralizados, vínculo que tuvo en el pasado y surge ahora en la relación con el terapeuta. El terapeuta por su parte, contribuye a la alianza por su consistente empeño en tratar de comprender y superar la resistencia, por su capacidad de empatía y su actitud de aceptar al paciente sin juzgarlo o dominarlo. Finalmente, el encuadre facilita la alianza por la frecuencia de las visitas, la duración del tratamiento, el uso del diván y el silencio. No obstante, la alianza terapéutica está estrechamente ligada con los aspectos transferenciales y resistentes del paciente, lo que nos lleva a pensar en una relación bidireccional entre alianza terapéutica y el despliegue de la transferencia.

2.17 Investigación sobre la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.

En la literatura internacional se han realizado diversos estudios sobre este enfoque terapéutico y se han encontrado resultados favorables. En México, han sido pocas las investigaciones que se han realizado, sin embargo, las conclusiones a las que han llegado los autores coinciden con los resultados de estudios previos ajenos a nuestra cultura. Lo que significa que este modelo trasciende las diferencias culturales que pudieran sesgar su aplicación.

A continuación se describen brevemente algunos de estos estudios.

Clarkin y cols. , (2001) trataron a ocho pacientes con psicoterapia focalizada en la transferencia, comparándolos contra un grupo tratado con psicoterapia de apoyo, encontrando que ambos grupos tuvieron una mejoría importante. Incluso, a las 48 sesiones, ningún paciente cumplía ya con criterios suficientes para el TLP. Sin embargo, se cuestionó por qué en ambas terapias se encontraron resultados positivos, concluyendo que se debía a que básicamente ambas terapias se basan en los mismos conceptos teóricos de la organización limítrofe de la personalidad; y a que los terapeutas fueron entrenados por los mismos expertos.

Otro estudio, realizado por Cuevas y cols. (2000) coordinaron un proyecto en donde se trataron a un total de 57 pacientes limítrofes, durante 48 sesiones, bajo la dirección y supervisión de dos psicoanalistas expertos. Al final, 15 pacientes

empeoraron en su sintomatología limítrofe, explicada por el agravamiento de sus adicciones, y por haber abandonado la terapia antes de la 6ª. Sesión, 12 pacientes (21%), no mostraron cambios significativos o fueron dados de baja antes de la sesión 13; 12 pacientes (21%) dejaron el tratamiento entre las sesiones 13 y 30 con mejoría leve; sólo 18 pacientes (31.5%) completaron las 48 sesiones. A las 24 sesiones, estos pacientes dejaron de cumplir criterios suficientes para TLP, superaron la impulsividad. Al final, solo 3 (16.6%) de los pacientes no cumplieron los criterios de inestabilidad afectiva, y sólo 2(11%) pacientes incumplieron los criterios de alteración del a identidad. Se concluyó que la psicoterapia focalizada en la transferencia es un tratamiento prometedor para los sujetos limítrofes, que ha demostrado remisiones en la impulsividad y en la conducta suicida, que son los síntomas más peligrosos en estos pacientes. Y lo que es mejor, se logran en un lapso de 3 a 6 meses de tratamiento.

López y cols. (2004) realizaron una investigación con pacientes femeninas adultas con diagnóstico de TLP. Las conclusiones de estos autores fueron que 48 sesiones de PFT , aplicadas por terapeutas noveles y supervisados por expertos con videograbaciones de las sesiones, son efectivas para corregir la conducta suicida y la impulsividad y recuperar la funcionalidad escolar y laboral en mujeres con TLP.

Conclusión

Como podemos observar, es complicado poder definir con absoluta precisión el Trastorno Límitrofe de Personalidad e identificar correlatos biológicos únicos y factores psicosociales determinantes relacionados directamente con el desarrollo de este trastorno. No obstante, un aspecto que queda claro es que las vías psicosociales que conducen al TLP son complejas y no existe relación uno a uno entre un trauma particular, como el abuso sexual infantil y el TLP.

Desde mi punto de vista la teoría de las relaciones objetales representa un marco conceptual apropiado para explicar una parte de la patología límitrofe tomando en mayor consideración la organización límitrofe de la personalidad y no tanto el diagnóstico categórico. Como plantea Kernberg la difusión de la identidad, las defensas primitivas, la prueba de realidad generalmente intacta y las relaciones objetales características forman parte de esta estructura, dando lugar a un predominio de relaciones objetales parciales.

Las defensas primitivas (escisión, idealización-devaluación, identificación proyectiva) podrían explicarse también en términos de residuos de fases tempranas del desarrollo como la posición esquizo-paranoide que plantea Melanie Klein. Finalmente el logro de constancia objetal expuesto por Malher donde se asume la integración de las imágenes “buenas” y “malas” del sí-mismo y del objeto, correspondería a la posición depresiva que logra percibir al objeto bueno y al objeto malo como uno solo. La diferencia entre estas teorías radica, creo, en la cronología que plantean las autoras, sin embargo, encuentro congruente la hipótesis sobre el hecho de que las fijaciones o frustraciones severas en estas etapas pueden apuntar hacia el origen de los estados fronterizos. Y finalmente, me parece que el concepto que define al tipo de apego ansioso propuesto por la teoría del vínculo, se relaciona en gran medida con las posturas sobre las fases del desarrollo arriba mencionadas, ya que todas ellas coinciden en un punto; la conducta de maternaje que ha de ejercer la figura materna sobre el niño (si es frustrante y rechazante, o si es gratificante y placentera) y en la forma en como ha de relacionarse con el mismo (si es consistente o ambivalente, si permite ó no su independencia).

Es evidente también que a pesar de existir diversos modelos teóricos para explicar esta patología, hasta ahora no se ha desarrollado un modelo que sea capaz de integrar toda la información disponible y con ello se dé lugar a la unificación de criterios que permitan así construir el abordaje y tratamiento más completo e idóneo para este grave trastorno de la personalidad.

En este sentido, sería importante desarrollar nuevos modelos que, en términos generales, sean compatibles con la evidencia que incluya el papel de la genética y la vulnerabilidad de origen constitucional, el papel de las disfunciones neuropsicológicas, además de los factores psicosociales de maltrato y abuso infantil que muchos de estos pacientes presentan, así como de la desorganización de aspectos del sistema de apego y finalmente, las relaciones objetales patológicas que se presentan en casi todos los individuos diagnosticados con este trastorno.

CAPITULO III

MÉTODO

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Describir la experiencia profesional como terapeuta en el trabajo con una paciente adolescente con trastorno Límitrofe de la personalidad.

Debido a la fuerte resistencia de la paciente para adherirse al proceso terapéutico se determinó trabajar con los siguientes objetivos.

3.1.2 Objetivos específicos:

Mostrar la dificultad del apego terapéutico de la paciente al tratamiento.

Objetivos terapéuticos:

1. Establecer la alianza terapéutica
2. Promover el control de los impulsos
3. Promover la reducción de los *acting out* por parte de la paciente dentro (*acting in*) y fuera del escenario terapéutico.

3.2 PARTICIPANTE

El presente trabajo se realizó con una paciente adolescente de 16 años que asiste a la clínica de adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” INPRF, quien es atendida desde hace 1 año en el instituto, bajo el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (entre otros). Su grado de escolaridad es de primer año de preparatoria. Es soltera, de religión católica, de estrato socioeconómico alto. Asiste a una escuela privada “El sagrado corazón” cuya formación es altamente religiosa.

3.3 ESCENARIO

La intervención se llevó a cabo en la clínica de Adolescencia del INPRFM. La intervención realizada se encuentra dentro de la llamada “psicoterapia de corte psicoanalítico”, entendiéndose ésta como una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa (Laplanche y Pontalis, 1983). Por ello, las sesiones se llevaron a cabo en un consultorio del instituto, con adecuada iluminación y confort.

Cara a cara.

En sesiones semanales de 50 minutos cada una.

3.4 PROCEDIMIENTO

Debido a la complejidad del caso y a la necesidad de atención que demandan este tipo de pacientes, la paciente es atendida de manera multidisciplinaria:

- Dentro del INPRF, es atendida por un médico psiquiatra, el cual me refirió la necesidad de atender de manera individual a la paciente, ya que anteriormente había sido canalizada a terapia de grupo, pero mostró nulo apego al grupo, además de no haber logrado una buena relación con la terapeuta asignada..
- Debido a que la paciente manifiesta un síndrome particular (lo cual será detallado en la historia clínica) asiste al médico internista y al ginecólogo en una institución privada. El equipo de médicos de ambas instituciones se encuentra enterado de los padecimientos de la paciente y mantienen una adecuada comunicación entre los mismos.

3.4.1 Instrumentos

1. Realización de la historia clínica de la paciente
2. Realización de una entrevista con los padres de la paciente.
3. 20 sesiones clínicas con la paciente
4. Asistencia a supervisión clínica de manera semanal

3.4.2 Estrategias y técnicas utilizadas

El primer aspecto que se abordó con la paciente, fue la confirmación del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. El cual fue corroborado a través de la historia clínica realizada (se anexa a continuación) en la que se observa con claridad que la paciente cumple con todos los criterios para realizar el diagnóstico de TLP. Sin embargo, también cumple con los criterios propuestos por Kernberg para la determinar una Organización Límite de la Personalidad.

De tal manera que la paciente presenta una patología límite desde el punto de vista categórico y desde el punto de vista estructural. A continuación se enlistan las características y síntomas que manifiesta la paciente:

- Inestabilidad emocional (tristeza, irritabilidad, ira)
- Mecanismos de defensa primitivos (idealización/devaluación, escisión en cuanto a la figura materna principalmente)
- Una imagen de sí misma y de los demás difusa y no integrada (incapacidad para describirse a sí misma y a sus figuras significativas)
- Un discurso superficial
- La representación de sus relaciones objetales parciales
- Patrón de conductas disruptivas y autolesivas constantes (cortarse con navajas, quemarse con cigarrillos)
- Intentos previos de suicidio
- Un patrón de relaciones personales intensas e inestables (con chicos de su edad)
- Un patrón de consumo excesivo de alcohol y tabaco
- Manifestación de una conducta sexual caótica

Posteriormente la Historia clínica fue revisada en supervisión, confirmando el diagnóstico de trastorno de la personalidad Límite.

3.4.3 Enfoque terapéutico

El presente reporte tiene como soporte teórico la teoría propuesta por Kernberg (1999) llamada Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT). Basado en el Manual adaptado por el Dr. David López de la Asociación Psicoanalítica Mexicana

(APM), quien realizó la sistematización de este manual con fin de aplicarlo a nuestra población.

Como se ha mencionado anteriormente, la PFT se utiliza de preferencia dentro de un programa de terapias multimodales destinado a la contención de la impulsividad y de la conducta suicida, al tratamiento de los trastornos concomitantes y a mejorar los múltiples rezagos sociales académicos y laborales de estos pacientes.

La meta general de este tratamiento es la integración de las relaciones objetales parciales, persecutorias e idealizadas del paciente, para alcanzar una representación total y estable del self y del objeto.

Según el autor, las relaciones objetales parciales están formadas por una representación del self, una representación del objeto y un afecto que une a ambas representaciones y se designan como díadas persecutorias o idealizadas. Las representaciones parciales del self y del objeto se integran a través de un proceso donde el terapeuta las identifica y define para relacionarla con las dificultades y síntomas del paciente. Este trabajo se logra a través de cuatro estrategias principales (López, 2004).

Estrategias

Estrategia 1: definir las relaciones objetales dominantes

Paso 1: experimentar y tolerar la confusión del mundo interno del sujeto a medida que se despliega en la transferencia.

Paso 2: identificar las relaciones objetales dominantes

Paso 3: proporcionar nombre a los actores

Estrategia 2: observar e interpretar las inversiones de papeles que hace el enfermo

Estrategia 3: observar e interpretar la alternancia defensiva de las díadas de relaciones objetales lo cual conserva al conflicto interno y la fragmentación

Estrategia 4: integrar los objetos parciales escindidos.

De acuerdo a lo objetivos terapéuticos establecidos y al marco conceptual referido, el análisis de las sesiones se realizó de acuerdo a los siguientes aspectos:

1. Identificación del tema afectivo latente
2. Identificación de la díada predominante
3. Análisis de la transferencia y la contratransferencia.
4. Identificación de los mecanismos de defensa
5. Descripción de la intervención terapéutica realizada

3.5 HISTORIA CLINICA

Edad: 16 años

Escolaridad: primer año de bachillerato

Estado civil: soltera

Religión: católica

Motivo de consulta:

La paciente asiste al INPRF desde hace un año, refiere sentirse triste e irritable la mayor parte del tiempo, presenta sentimientos de vacío, llanto, impulsividad, ansiedad, apatía, se muerde las uñas, la mano, realiza cortes con navaja en los brazos, ha tenido varios suicidas, siendo los que más recuerda el querer ahorcarse con una agujeta a los nueve años y hace un año ingirió *muchas* pastillas (tafil). Fue canalizada a este instituto por una psiquiatra particular con quien estuvo un año en tratamiento sin una adecuada evolución de su padecimiento.

Evolución del padecimiento actual

La paciente presenta síntomas residuales de inatención e hiperactividad, los cuales existen desde la educación primaria, sin embargo, la madre reporta que debido a que no le causaba disfunción no se le administró medicamento. En cuanto al inicio del padecimiento actual, se reporta que comenzó a partir de los 12 años, presentando cambios abruptos en el estado de ánimo, berrinches constantes, tristeza, apatía, comportamiento desafiante, ideas de muerte, agresividad e impulsividad. Dentro de la escuela, deja de asistir a clases, padece migraña y esto lo utiliza como elemento para manipular sus constantes inasistencias a la escuela. Ha tenido varios gestos suicidas sin planeación (ingesta de medicamentos), frecuentes crisis de ansiedad que la llevan al servicio de urgencias del INPRF. Actualmente han cedido las ideas de muerte, pero mantiene conductas autodestructivas y autolesivas, como cortarse con cuters, morderse o quemarse las manos con cigarrillos.

Se encuentra medicada con ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos (risperdal 1mg) cambio por geodon, lamotrigina 100 mg, sertralina 50 mg, y strattera 60mg) zolpiden 10 mg es un medicamento para dormir.

Descripción física y conducta durante la entrevista

Paciente femenina de edad aparente a la cronológica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, complexión mediana, cooperadora con el interrogatorio, en posición libremente escogida e inquietud constante. Discurso fluido, congruente y coherente, emitido en tono y volumen adecuado. Ubicada en las tres esferas; tiempo, espacio y persona. Afecto se observa ansioso. Juicio dentro del marco de la realidad. CI impresiona rendimiento alto. Pobre capacidad de insight.

Situación familiar y económica:

La paciente vive con ambos padres y una hermana, además de personal de limpieza de tiempo completo. Su situación económica es desahogada, el sostén económico corre a cargo del padre principalmente, quien labora como gerente de un banco. Viven en casa propia con todos los servicios y comodidades.

Intentos de solución:

Ha tenido atención psicológica desde los 9 años, a decir de la madre fue a esta edad cuando su tratamiento ha sido más prolongado (2 años), posteriormente ha sido atendida de manera particular con diferentes psiquiatras y terapeutas (tres psicoterapeutas y dos psiquiatras), sin embargo, no ha logrado adherirse con ninguno de ellos y tampoco se reporta alguna evolución favorable en los tratamientos, los cuales fueron abortados de manera abrupta sin poder explicar una razón específica. En el 2006 llegó al INPRF y desde entonces ha sido atendida en esta institución de manera regular.

Antecedentes personales

Producto III de tercera gesta, obtenido por cesárea, con peso y talla dentro de los límites normales. A decir de la madre, el embarazo de la paciente no fue planeado

-pero sí deseado- debido a que los médicos le habían dicho que era muy peligroso para su salud volver a embarazarse, no obstante, se comenta que fue un embarazo tranquilo emocionalmente y sin complicaciones médicas.

La madre reporta también que durante sus dos partos anteriores había sufrido *depresión posparto* siendo la más intensa después de su primera gesta, considerando –desde este parámetro- que en el postparto de la paciente su depresión fue leve.

Refiere también que la paciente fue alimentada con leche materna hasta los 7 meses, a los nueve meses ingresa a la guardería -por un lapso de 6 hrs, diarias- hasta los cuatro años de edad, mostrando desde entonces dificultad para relacionarse con los demás niños, *se aislaba, no jugaba con otros niños*.

El desarrollo ulterior acerca del lenguaje, marcha y control de esfínteres aparece dentro de los límites de la normalidad. Sin embargo al año de edad aproximadamente, la madre refiere que la paciente fue diagnosticada bajo el *Síndrome de displasia ectodérmica*, es un padecimiento congénito conformado por un grupo de afecciones en las cuales hay un desarrollo anormal de la piel, el cabello, los dientes, las uñas y las glándulas sudoríparas.

A los dos años de edad sufre un traumatismo encefálico importante, más tarde a los 10 años vuelve a sufrir una caída, hace dos años le diagnosticaron una lesión en el lóbulo frontal, que a decir del médico, responde a los traumatismos sufridos anteriormente.

Al preguntar sobre las condiciones en que ocurrieron los diferentes traumatismos, la madre argumenta que la paciente era muy inquieta y *no podía controlarla todo el tiempo*.

Antecedentes heredofamiliares

La madre de 49 años, refiere ser tratada bajo el diagnóstico de trastorno bipolar, crisis de pánico, epilepsia alucinatoria y rasgos compulsivos, sin embargo reporta que en este momento se encuentra muy bien controlada, y a decir de ella, predomina un estado depresivo a partir de las complicaciones con la paciente;

actualmente toma antidepresivos.

El padre de 50 años se reporta aparentemente sano.

Hermano de 23 años, diagnosticado con TDAH y tratado con medicamento psiquiátrico (metilfenidato) desde la primaria hasta el tercer año de preparatoria.

Hermana de 20 años aparentemente sana.

En cuanto a los abuelos maternos se reporta tabaquismo en el abuelo (finado), alcoholismo, ataques de pánico y posible epilepsia (no diagnosticada). La abuela de 73 años, padece depresión tratada con antidepresivos desde hace varios años.

Se refieren los tíos abuelos maternos con problemas de alcoholismo, suicidio y depresión. Por su parte, los tíos maternos (tres de cinco) padecen trastornos ansiosos y alcoholismo.

Por parte de los abuelos paternos se reporta diabetes, septicemia, alcoholismo y depresión. Los tíos paternos; uno padece alcoholismo y TDAH y una tía padece esquizofrenia diagnosticada y tratada psiquiátricamente.

Dinámica familiar

La paciente vive con ambos padres y la hermana de 20 años, desde hace dos años la paciente nunca está sola, ya que les hicieron la prescripción psiquiátrica de no dejarla sola nunca por el riesgo suicida, debido a esto, se ha establecido una dinámica hostil con la madre pues ambas se culpan de no poder realizar sus actividades por estar al pendiente una de la otra.

Los límites de los padres se muestran muy laxos, el padre se abstiene de poner las reglas y los castigos, es la madre la que en la mayoría de las ocasiones pone los límites y los permisos a la paciente, pero ésta se muestra manipuladora y se queja de que la madre no le cumple lo que le promete.

La relación con la madre es inestable y agresiva, su dinámica es de víctima-victimario, alternando los roles, situación que la paciente reconoce, pero la madre lo niega aparentemente. La paciente describe constantes humillaciones y agresiones por parte de la madre, quien a decir de la paciente, en todo momento aprovecha para decirle a la paciente que tiene un trastorno de personalidad y que por eso la trata así.

Con la hermana la relación es más bien distante, a pesar de que comparten el dormitorio, no realizan actividades juntas a excepción de las familiares, la paciente describe peleas que llegan incluso a la violencia física. Argumenta que su hermana es muy parecida a la madre y que ésta la percibe como “perfecta”, constantemente las compara quedando ella siempre en desventaja.

La relación con el hermano es distante, ya que él vive desde hace tres años en la ciudad de Monterrey porque se fue a estudiar a ese estado por decisión propia. Cuando él los visita, su relación es buena porque es poco el tiempo que pasan juntos.

Relaciones de pareja

Las relaciones de pareja son inestables, fugaces, intermitentes, sin ningún compromiso, ni vínculo afectivo.

Hasta el momento la paciente no ha tenido una relación de pareja formal, no obstante sus relaciones afectivas se basan en relaciones platónicas (vía internet, o con personas que sólo son sus amigos y que ella se empeñan en ser algo más) sin embargo accede a tener conductas sexuales si ellos se lo piden.

Inicio de vida sexual

Menarca a los doce años.

Inicio de vida sexual a los 15 años de manera ocasional, con un vecino con quien no tenía ningún vínculo afectivo, posterior a este evento manifiesta pensamientos obsesivos sobre el riesgo de haber quedado infectada de VIH, al respecto, la madre la lleva a que le realicen los análisis correspondientes, obteniendo un resultado negativo, ante lo cual ceden sus obsesiones. Actualmente se relaciona de manera sexual con personas que conoce en el momento (en fiestas o dentro del vecindario donde vive), sin llegar a establecer ningún tipo de vínculo y sin protección alguna.

La paciente refiere sus relaciones sexuales completamente insatisfactorias, *no siento nada, a veces me dan flojera, pero tampoco me arrepiento.*

Ha tenido cuatro parejas sexuales, aunque ninguna es estable.

Consumo de sustancias y problemas relacionados

La paciente consume alcohol de manera ocasional y en cantidades importantes hasta llegar al estado de embriaguez, sin embargo, refiere que esta conducta no le ha ocasionado problemas en casa o escuela.

Fuma tabaco diariamente desde los 11 años, el número de cigarros varía, va desde una cajetilla diaria y en ocasiones de 6 a 10 cigarros al día, no existe un patrón que identifique porque a veces fuma tanto y otras incluso lo puede evitar.

Niega haber consumido alguna otra sustancia.

Sintomatología básica

Impulsividad

Falta de concentración

Distractibilidad

Inquietud

Sentimiento crónico de vacío

Ansiedad

Llanto

Insomnio combinado con hipersomnias

Cefalea (migraña)

Automutilación (morderse las uñas, la mano, cortarse, piercing)

Irritabilidad

Tristeza

Sentimientos de culpa

Baja autoestima

Relaciones interpersonales inestables

Agresividad

Anhedonia

Baja tolerancia a la frustración

Vómito ocasional

Diagnóstico Multiaxial

- Eje I Trastorno Depresivo Mayor moderado F32.1
 Trastorno Disocial
 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad F90.0
- Eje II Trastorno de Personalidad Limítrofe en formación
- Eje III Síndrome de displasia ectodérmica
 Disrritmia paroxística frontotemporal más galactorrea en estudio.
 Problemas médicos relacionados con el riñón, migraña, quistes
 ováricos.
- Eje IV Estresores sociales y escolares
 Problemas con el vínculo materno
- Eje V Gaf 60 puntos

3.6 ENTREVISTA CON LOS PADRES

Como parte esencial del encuadre terapéutico y el tratamiento de la paciente se consideró necesario realizar una entrevista con los padres, con la finalidad de:

- 1 Conocer la dinámica familiar
- 2 Conocer sus expectativas en cuanto al tratamiento
- 3 Brindar psicoeducación sobre el padecimiento de la paciente

Se realizaron dos sesiones para completar la historia clínica de la paciente y la entrevista con los padres. En una primera entrevista el tiempo no fue suficiente, ya que la historia familiar de ambos miembros de la pareja tenían historias relevantes con respecto al tema de interés, de manera que se acordó que nos veríamos en una segunda entrevista con la finalidad de continuar y concluir con la elaboración de su árbol genealógico y discutir aspectos importantes sobre la situación de la paciente.

Características de los padres

Ambos padres poseen un nivel intelectual y cultural alto, el padre es Gerente en un banco y la madre es pedagoga, se emplea como Directora de una institución pedagógica. Durante la conversación se observó que habían buscado información respecto al TLP, por lo tanto, manejaban algunos tecnicismos, particularmente la madre, que fue muy cuidadosa en su discurso y remarcaba en todo momento que había establecido un buen vínculo con la paciente, fueron repetidas las ocasiones en que mencionó que la paciente fue muy querida por ella *creo en lo anterior al nacimiento, en la memoria mnémica*, después se contradecía contando que siempre tuvo depresión postparto y que fueron malas experiencias, sobre todo cuando se embarazó de la paciente, pues toda la familia les recriminó el hecho de que se volviera a embarazarse sabiendo el riesgo que corría su salud. Sin embargo, al evidenciarle estas contradicciones se mostraba reticente y evasiva.

Resultó interesante su discurso, especialmente el de la madre, debido a que cambiaba constantemente de ánimo, pues lloraba en ocasiones, y en momentos se mostraba con ira, sobre todo cuando hablaba de lo desgastada que estaba

emocionalmente de la relación con su hija y de lo triste que era tener una hija con tantos problemas.

En otro momento, la madre mencionó que ella asiste a terapia individual desde hace seis años, dice reconocer que ella y toda su familia siempre han padecido de la salud mental y que ella está consciente del daño emocional que sufrió al haber tenido un padre alcohólico y una familia disfuncional, agrega que por eso está atendiendo a su hija, porque no desea que ocurra lo mismo con sus hijos.

En cuanto al padre, su participación fue mucho menor, argumentando que quien más conoce de la paciente es su madre. Considera que el es más tolerante que su esposa y que esto es lo que ayuda a tener una mejor relación con la paciente, ya que no se desespera tanto como su esposa.

Dinámica familiar

De acuerdo con lo referido en la entrevista, los padres manifiestan un interés aparentemente genuino en atender a la paciente, sin embargo, su discurso denota que se encuentran cansados, ya que a lo largo del proceso se ha detectado que se han cobijado en la institución, evitando así asumir la responsabilidad del manejo de su hija. La relación entre ambos padres es cordial en apariencia, el padre manifiesta una conducta más bien pasiva, es evidente que quien toma las decisiones es la madre, su posición en la familia es neutral, mostrando una aparente disposición y total apoyo en las decisiones que toma su esposa.

Lo anterior se confirma sobre la recomendación de tomar terapia familiar, ante lo cual la madre refirió que en ese momento no sería posible y que sólo estaba esperando a jubilarse porque en el INPRF sólo se da terapia por las mañanas y ella *ha sacrificado muchas mañanas por tener que atender a su hija.*

Ambos consideran que su familia es funcional, argumentan que no existen agresiones verbales ni físicas (excepto cuando la paciente se enoja y discute con su madre) la interacción entre ellos es buena y cordial, existe comunicación e interés entre todos. La madre refiere que se lleva muy bien con su hija mayor pero que no considera que tenga una preferencia hacia alguno de sus hijos en particular. La madre argumenta: *todos los problemas en realidad son por C, ella*

nos ha puesto de cabeza a todos, pelea con su hermana, conmigo y no hay manera de hacerla entrar en razón. Refiere que desde hace dos años no la dejan sola por recomendación de una psiquiatra -ya que está latente el riesgo suicida-, por lo tanto es ella *quien se tiene que sacrificar y quedarse a cuidarla*, eso la limita para hacer las actividades que ella quisiera y es motivo de grandes peleas con la paciente.

En cuanto a la pareja marital se observa que su propuesta es el deseo de proyectar que existe comunicación y armonía entre ellos, sin embargo, llama la atención el hecho que el padre negara en su familia cualquier patología de origen psiquiátrico, no fue hasta que la madre llegó (llegaron cada uno por su lado) cuando de manera sutil lo confrontó diciéndole que no lo negara pues en su familia había enfermedades psiquiátricas importantes.

Al abordar el tema de considerar cuáles eran sus expectativas con respecto al tratamiento y evolución de su hija, su respuesta indicaba que estaban conscientes de que el pronóstico en este tipo de trastorno es muy reservado. Sin embargo, la emoción expresada fue otra, pues la madre lloraba y repetía que no quería ni imaginar como podría terminar su hija.

Finalmente, se explicó la importancia de respetar el encuadre del tratamiento, y de ser consistente con el mismo, se abordó lo complicado del padecimiento de su hija, resaltando el hecho de que la resistencia de la misma pudiese obstaculizar el proceso terapéutico y que era muy posible que quisiera abandonarlo en cualquier momento.

Se realizaron las siguientes recomendaciones con el fin de apoyar así el proceso terapéutico de la paciente:

- Compartir la autoridad
- Poner límites claros
- Ser firme y consistente en la disciplina

- Principalmente, la asistencia a terapia familiar

Observaciones

Como se ha mencionado, la actitud de los padres impresiona no ser del todo genuina, en especial en la madre, su discurso es ambivalente y contradictorio. Se observa que cualquier conflicto dentro del núcleo familiar se encuentra relacionado con la paciente, como si en ella se hubiese depositado cualquier problema y se minimizan los problemas que pudieran existir en los otros miembros. Además, la madre incluso verbaliza que su estado anímico se ha agudizado a consecuencia de los problemas que ha presentado la paciente. A pesar de que impresiona tener conciencia de enfermedad, argumenta que ella está muy controlada y que no considera que su patología haya influido en la paciente, pues por su formación académica sabe lo que los hijos necesitan. En general, el tono de su discurso es como si todo el tiempo se estuviera justificando y racionalizando sus acciones con respecto a la paciente.

En cuanto al padre, su actitud es pasiva, más bien evasiva, delega la autoridad a la esposa y ello lo coloca en una posición cómoda, neutral, de tal forma que esto contribuye a que la paciente no lo viva a él como el verdugo; el que pone límites, niega permisos y reprende.

Cabe mencionar que en sesiones posteriores se les volvió a recomendar el asistir a terapia familiar, sin embargo, hacían la cita pero finalmente no llegaban, demostrando así su propia resistencia e enfrentar su situación familiar.

3.7 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

El tratamiento inicia el día 30 de octubre del 2006, no obstante, como en toda institución ha habido interrupciones por vacaciones y días festivos. Sin embargo, hasta este momento sólo se llevan 20 sesiones, lo cual evidencia la dificultad que resaltamos para lograr que la paciente se adhiriera al tratamiento.

A continuación se describen las sesiones de manera cronológica, mostrando así la inconsistencia y resistencia de la paciente:

30 de octubre 2006	1ª. Sesión
06 de noviembre 2006	2ª. Sesión
14 de noviembre 2006	no asistió porque le dolía la cabeza
*27 de noviembre	3ª. Sesión
04 de diciembre 2006	4ª. Sesión
Entrevista con los padres	
Resto de diciembre vacaciones	
10 de enero 2007	la madre fue a cancelar la cita porque tenía que realizar un trabajo que le dejaron en la escuela.
17 de enero 2007	5ª. Sesión
24 de enero 2007	no asistió porque se sentía mal
*06 de febrero 2007	6ª. Sesión
12 de febrero 2007	7ª. Sesión
*19 de febrero 2007	no asistió, por la mañana asistió al Instituto al servicio de urgencias por crisis de ansiedad
*26 de febrero 2007	8ª. Sesión
05 de marzo 2007	9ª. Sesión
12 de marzo 2007	la paciente llamó para cancelar porque le dolía el estómago
19 de marzo 2007	día festivo
*26 de marzo 2007	10ª. Sesión
02 de abril 2007	no asistió

09 de abril 2007	11 ^a . Sesión (reencuadre)
16 de abril 2007-	12 ^a . Sesión
23 de abril 2007	13 ^a . Sesión.
30 de abril 2007	no asistió porque era día del niño y en la escuela le iban a dar el día, quedó en llamar para cambiarla para el día jueves pero no lo hizo.
07 de mayo 2007	14 ^a . Sesión
14 de mayo 2007	15 ^a . Sesión
21 de mayo 2007	16 ^a . Sesión
28 de mayo 2007	17 ^a . Sesión
04 de junio 2007	no asistió, la madre llamó para cambiarla al día jueves porque la paciente tenía clases de regularización.
11 de junio 2007	18 ^a . sesión
18 de junio 2007	19 ^a sesión
16 de julio 2007	20 ^a sesión

*Sesiones analizadas

CAPÍTULO IV ANÁLISIS

4.1 ANÁLISIS DE LAS SESIONES

En este apartado se describen y analizan fragmentos de las sesiones donde se observa la dificultad de la paciente para poder apegarse al tratamiento y por ende obstaculizar la adherencia terapéutica. Así mismo, se describen los constantes *acting out* y *acting in* de la paciente a lo largo del proceso terapéutico. Finalmente, se exponen las intervenciones realizadas.

1ª. SESIÓN

Fecha: 30 oct 06

La paciente se presenta puntual a la cita, viste de manera informal con pantalones deportivos y zapatos descubiertos, despeinada, su postura libremente escogida es muy relajada en la silla, como si se fundiera en ella.

Refiere que está harta, cansada de asistir al médico, porque va a muchos especialistas, entre ellos al ginecólogo porque tiene ovarios poliquísticos. Comenta además que hace dos meses también asistía a la clínica de trastornos de la conducta alimentaria del instituto porque tuvo un episodio de bulimia que en este momento está aparentemente controlado. El tratamiento se interrumpió simplemente porque dejó de ir, no recuerda bien porqué.

-Pregunto cómo está, cómo se siente ahora

Menciona que llora por todo, que casi todos los días llora, no deja de llorar

-Pregunto qué la hace llorar

Todo, sobre todo porque pelea con la hermana y con la mamá, las detesta, ambas son iguales, la mamá es bipolar pero tratada con medicamentos, *por eso está controlada, pero todo le enoja, todo el mundo le cae gordo*, le molesta muchísimo que no le hagan caso

-Pregunto quién no le hace caso

La mamá, la hermana, una psicóloga que tenía y otra también con quien dejó de ir porque le hacía caso a lo que su mamá le decía y no a ella...

Señalo que parece que no le ha ido bien con los terapeutas y pregunto si cree que

conmigo pasará los mismo

Responde que no lo sabe

-Pregunto cuantos terapeutas ha tenido

Muchos...

-Pregunto por qué será que ha tenido tantos terapeutas

Responde que no sabe, ni le interesa, la mayoría le han caído mal...

La primera vez la llevaron porque la abuela paterna murió cuando ella tenía nueve años (llora, llanto contenido) e intentó colgarse pero su hermano se lo impidió y se los dijo a sus papás. En el instituto la psiquiatra la canalizó a psicoterapia de grupo, sin embargo, la paciente comenta con gran enfado que la terapeuta era prepotente y no le hacía caso, que se limitaba a seguir haciendo sus actividades como si la estuviera ignorando y siempre que ella le contaba algo, le decía que era su culpa, por eso le caía muy mal y además nunca la ingresó al grupo, sólo le hizo entrevistas individuales, así que se cansó de esa situación.

Continúa diciendo que ha intentado suicidarse 6 veces, la última vez fue con **Tafil** pero agrega que no fue un intento suicida, quería dormirse dos días porque estaba harta de todo.

Menciona que es una *zorra* y no le importa, se va *dar* con tantos como pueda, ya se ha “dado con muchos” pero quiere más, aunque eso a su mamá le infarte, además considera que está *cucha* porque sus abuelos paternos eran primos y por eso ella salió mal.

Exploro a que se refiere con *cucha* y es porque padece un Síndrome de displasia ectodérmica referido en historia clínica

Agrega que toma alcohol casi cada semana, vodka es la bebida que más le gusta, se pone borracha con sus amigas, comenta la mayoría de sus amigas lo hace y por eso le molesta mucho que su mamá se espante porque ella lo haga.

-Pregunto qué piensa de lo que ha hecho

Contesta que nada...

En esta primera sesión se realiza el encuadre terapéutico, mencionándole que las sesiones son una vez por semana y que probablemente aumenten a dos por semana, su duración es de 50 minutos, que es importante avisar en caso de no

poder asistir, para poder reponer la sesión en otro momento, siempre y cuando la institución lo permita. También le señalé claramente la confidencialidad de las sesiones y que ésta podría romperse sólo en el caso de que pusiera en riesgo su vida o la de alguien más. El resto del encuadre es por demás institucional y sólo se le recuerda los pasos que tiene que seguir.

La paciente se mostró desinteresada al respecto.

Análisis:

Tema afectivo: Enojo, tristeza, desesperanza, aburrimiento.

Díada predominante: víctima - victimario, donde la paciente es la víctima, las victimarias en este caso son; la madre, la hermana, las terapeutas que ha tenido.

Transferencia: Es difícil establecer qué tipo de transferencia se da en esta sesión, pues su actitud es inicialmente cooperadora, pero con cierta devaluación y desconfianza hacia la figura terapéutica.

Contratransferencia: Esta sesión fue relativamente tranquila, sin embargo, no podía identificar con claridad los sentimientos que despertaba en mí, probablemente la superficialidad de su discurso me hacía sentir cierta indiferencia.

Mecanismos de defensa: devaluación (todo el mundo le cae gordo), escisión todo el mundo es malo.

Intervención:

En esta sesión se trabaja básicamente sobre el encuadre terapéutico y la importancia de cumplirlo, se retoma el discurso de la paciente donde expresa la cantidad de terapeutas que ha tenido, ante lo cual ella se defiende argumentando que *si las terapias han terminado* no sabe porque, al preguntarle qué es lo que trabajó o que aprendió en el tiempo en que asistió a terapia, responde que nada.

Su discurso deja ver su pobre capacidad de insight, así como una actitud de víctima y de gran egocentrismo, con frases repetidas como *no me hacían caso*, su discurso es devaluador hacia los terapeutas, al mismo tiempo se evidencia su dificultad para apegarse a un tratamiento y sobre todo a crear un vínculo, lo cual también parece ser reforzado por la familia, que la han llevado de un lugar a otro, como si estuviesen esperando una respuesta diferente que no termina de satisfacerlos, ya que la paciente comenta que con el primer terapeuta si le gustaba asistir porque era terapia de juego, pero no supo porque sus papás dejaron de llevarla. Por lo anterior, se reitera la importancia de asistir de manera puntual y consistente al tratamiento, se le advierte que para que su condición emocional mejore, es necesario que logre comprometerse al tratamiento, al respecto se le señala la cantidad de terapeutas que ha tenido y le pregunto si su actitud habrá tenido algo que ver ello, pero lo rechaza y dice que no, agrega que ella no cree que con sólo hablar se pueda curar.

Le explico que no se trata de curar y pregunto que cree qué es lo que le pasa y como se podría “curar”.

Responde que no tiene idea (Incapacidad de introspección).

3ª. SESIÓN

Fecha: 26 nov 06

Esta sesión es subsecuente a su primera inasistencia.

La paciente asiste puntual a la sesión, pregunto por qué no asistió a la sesión pasada.

Responde que no asistió porque le dolía la cabeza y agrega: *hoy tampoco fui a la escuela porque me dolía la cabeza*, continúa diciendo que el lunes pasado estaba en la escuela, entonces, tomó un frasco de tylex y se tomó todas las pastillas que había dentro, aproximadamente 20, comenta que no lo pensó, sólo lo hizo, sintió desesperación porque no se le quitaba el dolor, también agrega que lo hizo por impulsiva y porque se enojaba más porque un maestro *gordo asqueroso* le decía “relajate”, finalmente la llevaron a la enfermería de la escuela y de ahí le hablaron a su mamá para que fuera por ella, después la llevaron a un hospital donde le hicieron un lavado gástrico.

Al cuestionarle por qué que lo hizo, contesta que no lo sabe, pero que *no fue un intento de suicidio para nada, simplemente me dolía horrible la cabeza y no se me quitaba con nada*, pensó que si se tomaba muchas pastillas quizá se le quitaría más rápido.

-Pregunto qué piensa de ese pensamiento, responde que ahora sabe que es absurdo, pero que en ese momento tal vez ni siquiera lo pensó bien, simplemente lo hizo, ahí mismo, reconoce que es muy impulsiva, pero que ya pasó y ya no tiene caso hablar de eso, ya no le importa, ahora si acaso lo que más le molesta de ese evento, es que en la escuela ha escuchado el rumor entre las alumnas que lo que pasó fue un intento de suicidio *y lo peor es que ni siquiera es verdad*, eso le da mucho coraje, porque agrega que las niñas son unas *chismosas* y no tienen idea de su vida.

Le pregunté por qué no había avisado, recordándole el encuadre que habíamos acordado, a lo que contestó *que ni se acordó...* pero insiste en que no lo hizo a propósito.

En todo momento rechaza cualquier sugerencia mía de que lo hubiera hecho para evitar hacer algo (como permanecer en la escuela) o llamar la atención o la

demostración de un enojo que haya tenido con alguna persona en especial, o simplemente para controlar así a su entorno. Se limita a decir que ya lo hizo y que no tiene ninguna relevancia para ella, ni le interesa descubrir por qué lo hizo.

Análisis:

Tema afectivo: Enojo, ira

Díada predominante: víctima (paciente) - victimario (las compañeras, el profesor, la madre)

Transferencia: Es negativa, el haber tomado pastillas es considerado un *acting out* para sabotear el tratamiento, no llama para avisar y tampoco le preocupa, lo anterior evidencia también su resistencia.

Contratransferencia: Me resulta complicado establecer los sentimientos contratransferenciales, son de ambivalencia, entre desconcierto, me cuesta trabajo ser empática ante su indiferencia.

Mecanismos de defensa: devaluación (maestro gordo asqueroso), anulación; no me interesa lo que hice. Nula capacidad de reflexión.

Intervención:

Además de los puntos anteriores, en esta sesión se pueden observar básicamente los siguientes puntos:

1. Las constantes inasistencias a la escuela, evidencia de que en casa no hay límites claros ni consistentes. Al respecto, se le señaló a la paciente lo laxo de las reglas en casa y de las ventajas que ella obtiene de ello, pero a ella parece no importarle.
2. La somatización constante de la paciente, la migraña que refiere se presenta casi a diario, pero sobre todo los días lunes, al respecto ella comenta que le molesta muchísimo ir a la escuela porque tiene que

levantarse temprano y coincidentemente le duele la cabeza, razón por la cual se pierde de asistir a la escuela. En este punto, se le cuestionó si esa conducta formaba parte de una manipulación, lo cual rechazó.

3. Parece que ella se percibe víctima constante de todo, de las circunstancias, de las compañeras etc.
4. El *acting out* por parte de la paciente; curiosamente tomó el frasco de tylex un día lunes en que no tuvo otra opción más que asistir a la escuela, pero ya estando ahí, y quizá debido también a su intolerancia a la frustración, su conducta culminó en un gesto impulsivo, al parecer sin ninguna planeación ni intención suicida pero con un serio daño a sí misma, mismo que parece minimizar completamente al ser cuestionada por ello. Se le señaló lo destructivo de su conducta, haciendo énfasis en la agresión que este acto representa tanto para ella como para el tratamiento, lo que me incluye a mí como terapeuta, transgrediendo el encuadre, faltando a su sesión, sin aviso alguno. Nuevamente se le recordó el encuadre sin embargo, su actitud fue indiferente y reticente todo el tiempo, mostrando así su incapacidad para reflexionar y asumir las consecuencias de sus actos.

A este respecto, quiero citar nuevamente a Kernberg (1999) quien señala que “en el caso de los pacientes adolescentes límite con su intolerancia a la experiencia subjetiva dolorosa, inician rápidamente el acting out en la transferencia como una defensa contra el vivir la experiencia”. Añade que los aspectos no verbales de la interacción con el terapeuta dan información fundamental, sustituyendo en grado considerable lo que el contenido verbal transmite en la situación analítica estándar. A través de su conducta no verbal y como un medio de controlar la situación interpersonal, el paciente intenta activar sus relaciones objetales parciales intrapsíquicas en la situación interpersonal actual

5. Tomando esta referencia el *acting out* evidencia la intolerancia a la frustración que pudiera causarle el haber iniciado el tratamiento terapéutico, también representa la manifestación clara de una falla en el control de

impulsos y en la capacidad de juicio de la paciente. Parece ser también una manera de conducta primitiva, ante la imposibilidad de poder verbalizar sus conflictos internos y finalmente, puede ser entendida como una forma errática de querer controlar su entorno.

4ª. SESIÓN

Fecha: 04 DIC 06

La paciente asiste puntual, refiere que tiene mucha *hueva*, mucho sueño, siempre tiene sueño, aunque duerme mucho, todos los días hace siesta, no puede evitarlo, no hay un sólo día que no haga siesta. Continúa diciendo que tiene pesadillas, una de ellas es recurrente, sueña que entierran viva a su mamá, recuerda que están en un panteón en Santo Domingo, va con el papá y los dos hermanos, ella va vestida de negro, entonces llegan a una tumba que dice "tumba de tú mamá" de pronto, comienza a escuchar gritos y son los gritos de su mamá, voltea hacia abajo y ve la tierra y a su mamá como queriendo salir, después ya sólo se ve ella sola con su mamá.

-Pregunto qué le hace sentir este sueño

Contesta que nada, pero no le gusta

-pregunto si puede asociarlo con algo

Contesta que no se le ocurre nada

-pregunto entonces si en el sueño le pasa algo al darse cuenta que la que está en la tumba es su mamá.

Contesta que no le pasa nada

-Pregunto si la ayuda a salir o intenta ayudarla de alguna manera

Contesta que no, no hace nada

-Pregunto nuevamente si este sueño le recuerda algo, responde que no, no cree en los sueños, porque ella siempre sueña feo, casi diario, antes de dormir generalmente piensa que alguien de su familia se puede morir mientras ella está dormida y eso la hace llorar. Continúa diciendo que en una ocasión que estaba soñando que su mamá se moría, se despertó y corrió a despertarla para ver si estaba muerta, cuando vio que estaba viva, la abrazó, le dio un beso y se regresó a dormir.

De manera verborreica continúa diciendo que su bisabuela vendió su alma al diablo para que así le dieran poderes sobrenaturales a ellos (sus descendientes)

-Pregunto qué piensa de esa historia

Responde que tal vez si sea cierto

-Pregunto qué tipo de poderes le ha dado a ella

Responde que ella puede ver el aura y agrega que mi aura es blanca

-Pregunto si eso significa algo

Responde que nada, inmediato pregunta si yo creo que en la santa muerte porque ella es muy católica y no le gustan las cosas que tienen que ver con eso, ya que tiene amigas que creen en la santa muerte y si yo creyera en eso, pues ya no podría seguir viniendo conmigo

-Pregunto que le hace suponer que yo pudiera creer en la santa muerte

Responde que no tengo cara, pero uno nunca sabe...

Concluye diciendo que ya no quiere ir más a la escuela porque ha decidido ponerse bien y curarse bien, me pregunta qué pienso de ello

Respondo que me parece muy bien que haya decidido eso, pero le explico que el ir o no a la escuela no interfiere en nada con su tratamiento

Me dice que se lo va a decir a sus padres...

Análisis:

Tema afectivo: agresión, ansiedad, temor al abandono

Díada predominante: madre-hija: víctima (la madre) victimario (la paciente) dentro del contexto de la fantasía; el sueño, la madre es aniquilada y ella no hace nada.

Transferencia: oscilante, por momentos parece ser positiva, a pesar de su conducta suspicaz logra empezar a hablarme un poco más de ella, de sus sueños, sin embargo, me devalúa al no referir que no cree en los sueños y por tanto, en lo que yo le pueda decir con respecto a ellos

Contratransferencia: en esta sesión es positiva

Mecanismos de defensa: idealización-devaluación (hacia mi como terapeuta: aura blanca- desconfianza) escisión (aura blanca- la santa muerte)

Intervención:

En esta sesión puede observarse principalmente los impulsos agresivos de la paciente hacia la madre, los cuales se evidencian de manera clara en los sueños que tiene constantemente.

Parece que al mismo tiempo, estos impulsos agresivos generan gran culpa en la paciente ya que se vierten principalmente hacia su madre, con quien mantiene una relación que parece componerse por lo que Kernberg llama una *díada víctima-victimario*, debido a que esta relación es la que parece estar mayormente catectizada, y ya en este momento empieza a perfilarse una alternancia en estos roles, casi siempre su mamá es la mala, pero en esta sesión es la buena.

Al respecto se le señala que en todas las sesiones su madre ha sido una figura constante y en sus sueños también.

Ella contesta que es su mamá y ella se moriría si realmente le llegará a pasar algo.

Pregunto por qué, si acaso piensa que no sobreviviría sin su madre...

Responde que no, porque su madre es la persona más importante de su vida, bueno su papá también, agrega...

Hago un paréntesis para resaltar que en este punto es posible observar esta ambivalencia hacia la figura materna y como parece haber quedado fijada en el proceso de separación-individuación, ya que refiere sentir que no sobrevivirá sin la madre, como si estuvieran fusionadas, aunque después se vaya al rechazo y hostilidad total.

Otro aspecto que se manifiesta claramente es el temor constante al abandono, se explora el tema, pero la paciente manifiesta un discurso meramente superficial. Por otro lado, pareciera que tiene brotes micropsicóticos en los cuales le cuesta trabajo diferenciar cual es la realidad, temiendo que su sueño no haya sido eso y haya sucedido en la realidad.

Aunado a lo anterior, pareciera que su pensamiento no es del todo abstracto, esto se puede reflejar al mencionar la historia de la bisabuela, evidenciando también

una parte muy egocéntrica e infantil de la paciente.

Finalmente, son evidentes los mecanismos defensivos primitivos esta escindida, donde todo es blanco o negro: mi aura blanca que contrasta de inmediato con lo oscuro; la santa muerte.

Es importante resaltar que en la entrevista que tuve con los padres una semana después, me comentaron que la paciente dijo que yo estaba de acuerdo en que no asistiera más a la escuela para llevar con éxito el tratamiento terapéutico y que por ende, esa era la mejor decisión... en ese momento ellos mismos, me consultan si yo veo viable esa situación. Al respecto les devuelvo la responsabilidad de tomar una decisión como esa y les señalo que este discurso de la paciente parece estar basada en una conducta de manipulación.

En este sentido se puede observar de manera clara otro acting out de la paciente, ya que con este discurso que dirige hacia los padres intenta devaluarme ante ellos, pues sería desjuiciado que un terapeuta hiciera tal recomendación, situación que obviamente impactaría en el convencimiento hacia los padres de que no necesita venir con alguien así a terapia y por supuesto, zafarse nuevamente de cumplir sus responsabilidades como el asistir a la escuela y de esta manera seguir controlando a través de la fuerte manipulación que ejerce sobre sus padres constantemente.

6ª SESIÓN

Fecha: 06 feb 07

La paciente asiste puntual a la sesión, me pregunta si puede fumar en el consultorio, le explico que no es posible.

Refiere que no fue a la escuela otra vez porque les dijo a sus papás que tenía migraña, aunque no era verdad.

Comenta que la sesión pasada no asistió porque también se sentía mal, le duele todo, siempre le duele todo, además ha tenido mucha ansiedad, por eso fuma tanto, y aparte en la noche no duerme, tiene insomnio, al menos dos veces por semana, entonces al otro día se siente cansada, con sueño y de mal humor, razón por la cual le es imposible ir a la escuela y *estar como si nada*

-Pregunto qué hace cuando no puede dormir, en qué piensa, si hay algo especial que le preocupe en este momento

Nada (su respuesta es cortante)

-Retomo el discurso que me había ducho en sesiones pasadas donde mencionaba que le daba miedo que le pasara algo a alguien de su familia

Contesta que no es eso y agrega que no le interesa hablar de eso, *no es tema que me importe, ya pasó.*

Sin embargo, de la nada empieza a llorar, -es un llanto franco y no contenido- continúa diciendo que siente que su mamá no la quiere, nunca le ha dicho que está orgullosa de ella y cuando ella se lo pregunta ésta le dice que *no le gusta como lleva su vida*, nunca la abraza, ni le dice que la quiere, sólo se lo dice cuando ella se lo pide, pero siente que ni siquiera es sincera, *se lo dice por compromiso*, en cambio con su hermana no es así, a ella si la quiere: *Regina es perfecta, Regina esto, Regina lo otro, siempre me la pone de ejemplo y me caga, yo no soy así y no voy a cambiar sólo para que ella me acepte, Regina me da hueva, ha tenido un solo novio que hueva! pero estudió lo mismo que mi mamá y todo lo que ella hace está bien para mi mamá, nunca la regaña, nunca la ha tratado como a mi y me vale madres, pero siento horrible que no me quiera, nunca me ha querido, piensa que soy una zorra y me vale madres, no soy una*

mojigata y no voy a cambiar mi forma de ser por ella,

Doy contención a la paciente y señalo que me parece que siente mucho rechazo por parte de su madre y que eso debe ser muy doloroso... lo rechaza y agrega que sabe que su mamá la quiere mucho pero que ella no es lo que a ella (la madre) le gustaría, me mira con cierta suspicacia, detiene su discurso y al final me dice que ya ni modo, que ahora ya lo sé todo...

Análisis:

Tema afectivo: envidia (hacia la hermana) rechazo, coraje, ira, desconfianza, tristeza.

Díada predominante: madre-hija, paciente es víctima, su madre, al no quererla se convierte en victimaria.

Transferencia: al parecer fue oscilante, al inicio positiva o al menos no fue francamente negativa, su discurso dejó de ser tan superficial, quizá por su necesidad de ser escuchada y tal como parece ser la relación con la madre, se muestra indefensa y necesitada ante mí y después agresiva, desconfiada y a la defensiva.

Contratransferencia: positiva, empatía por mi parte, en esta sesión experimenté por primera vez la angustia de la paciente y su fuerte demanda de ser aceptada y contender con el rechazo y hostilidad que la madre le produce.

Mecanismos de defensa: devaluación (hacia la hermana), escisión (con respecto a la madre) primero: *no me quiere- si me quiere mucho pero no soy lo que ella quisiera*. Con la hermana, parece ser que ella es la totalmente buena, y la paciente es la totalmente mala.

Intervención:

Esta sesión fue la primera ocasión en donde la paciente, se manifiesta más abierta

en su discurso y habla de su mundo interno, el cual refleja un gran sufrimiento por el constante rechazo que percibe de la figura materna y sus fracasados intentos por conseguir ser querida y reconocida por ésta, ya que anteriormente su actitud se esforzaba por mostrar un aparente bienestar, parecía que se cuidaba de hablar “mal” de su mamá o de su familia en general, intentando dar la impresión de que todo estaba bien en casa y no había razón alguna para que ella se sintiera mal. En este sentido pareciera que la paciente empezaba a sentir confianza hacia mi, indicio de que se estaba logrando una alianza terapéutica.

Al respecto, la intervención realizada fue hacia la contención de la paciente, mostrando interés y empatía de mi parte, escuchándola con atención y señalando uno a uno los sentimientos que aparecieron en el discurso, sin embargo, a juzgar por su actitud, parece que el experimentar el dolor es muy frustrante para ella, de tal manera que cuando intentaba realizar una clarificación, me miraba con una fuerte suspicacia y apelaba a que ya no le dolía nada porque ya estaba acostumbrada.

Al rechazo? Pregunté... me miró y en seguida se defendió diciendo que no siempre la rechazaba

Finalmente intenté mostrarle que probablemente esto que le pasaba en sus relaciones familiares podría tener que ver con sus constantes estados de ánimo y con la somatización de los mismos.

En esta sesión el discurso de la paciente me abre la posibilidad de empezar a comprender por qué la madre la rechaza tanto, pues dentro de su relación patológica parece ser que la independencia y separación de la paciente del seno familiar no va de acuerdo con los valores familiares y es percibida como una amenaza, la madre es dominante, rígida y distante, no reconoce a su hija, no la aprueba, tampoco la acepta en su totalidad y por lo tanto mantiene la escisión en la paciente. Kernberg (1999) lo describe de la siguiente manera: La madre ejerce tanto control en el niño, que éste se somete al objeto cruel con la esperanza de que triunfe y finalmente obtenga así amor. Pueden darse estilos extremos de entrega masoquista a una madre idealizada a partir de este mecanismo, los cuales interfieren con la expresión de la agresión y mantienen la escisión, fomentando así

la organización limítrofe de la personalidad.

Las exigencias de los padres son contradictorias, sostienen en el niño una incesante lucha de su mundo interno con los ideales marcados por los padres, reviviendo e introyectando el conflicto propio en ellos; sin lograr constituirse un superyó integrado (como se ha mencionado anteriormente) y una adecuada función yoica sintético-integrativa que permita lidiar con las contradicciones y la incertidumbre inevitable en toda experiencia de vida.

ATENCIÓN EN SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha: 19 feb 07

La paciente llegó al servicio de urgencias, sin embargo, pasaron a ver a la psiquiatra quien les sugirió que se internara ya que tenía una crisis de ansiedad importante debido a que le retiraron el medicamento el fin de semana porque el médico internista así lo solicitó para realizarle unos estudios del riñón.

Al llegar yo a la clínica, la mamá me abordó y me explicó la situación, hablé con la paciente y me refirió que no quería internarse porque no estaba loca y primero quería hablar con su papá.

Exploré si había pasado algún evento en especial y fue negado, reportó lo mismo que la madre: el retiro del medicamento psiquiátrico, refería sentirse desesperada, con llanto contenido, ansiedad, palpitaciones, sudoración de manos, inquietud, *desesperación, mucha desesperación*

La médico psiquiatra les dijo que si continuaba así al día siguiente tendría que internarse, la paciente asintió diciendo que ella misma vendría a internarse si seguía mal. Por esta razón la madre me explicó que entonces no podría traerla más tarde a su sesión, ya que prefería dejarla descansar. Al día siguiente la paciente no llegó a internarse, al parecer sus síntomas ansiosos disminuyeron.

Análisis:

Tema afectivo: ansiedad flotante generalizada, angustia, irritabilidad.

Díada predominante: madre –hija (victimario – víctima) la madre era quien fungía como villana que quería internarla y *hacerla sentir que estaba loca*, padre (rescatador)

Transferencia: a pesar de que no fue una sesión como tal, la transferencia parecía mantenerse positiva, su actitud era como acusatoria hacia la insistencia de la madre de querer internarla, cómo si ésta lo deseara para así lastimarla.

Contratransferencia: en esta ocasión la contratransferencia fue fuerte, a tal grado que días después soñé que la cargaba en brazos mientras ella lloraba. Su actitud de desesperación despertó el mismo sentimiento en mí, además de temor y ansiedad de saber si estaba o no ayudándola. Finalmente, su conducta despertó la sensación de querer rescatarla de su situación, pues reflejaba realmente un estado de sufrimiento.

Intervención:

En esta ocasión, la paciente llega de manera desbordada, sin embargo, se manifiesta la díada persecutoria con la madre (no me interno hasta que no venga mi papá) evidenciando así lo ambivalente del vínculo materno, carente de seguridad y confianza.

A pesar de lo real del retiro del medicamento, este evento es otro *acting out* de la paciente para sabotear el tratamiento, así como la demostración de su conducta manipuladora, pues al día siguiente no se presentó, lo que significa que no estaba realmente mal.

Lo que más alcanzo a rescatar de esta sesión son los sentimientos contratransferenciales que empezaban a manifestarse en mí, me sentía invadida por la paciente y experimentaba frustración, sobre todo porque no estaba segura de brindarle la contención necesaria, pues los actings no disminuían y me cuestionaba si la opción de referirla sería la adecuada.

10ª. SESIÓN

Fecha: 26 mar 07

La paciente no asiste a su cita anterior, sin ningún aviso.

La paciente asiste puntual a la sesión, refiere que la semana antepasada (se atravesó un día festivo) no asistió porque honestamente no tenía ganas de asistir, le molesta muchísimo el horario, le molesta que la despierten para tener que venir conmigo y se enoja horrible, le grita horrible a su muchacha, no soporta que la despierten, *no es por ti* aclara, si fuera otro horario estaría mejor, pero así se le parte el día completamente, además no puede salir con sus amigas porque tiene que venir acá, no puede hacer nada, también agrega que ya está harta de tantos médicos, siente que está igual, no le hace nada, odia las medicinas, odia todo. No tiene ningún sentido venir con los médicos, ni conmigo, *aclara no es por ti, tú eres muy linda, pero no me gusta hablar de mis cosas, son mías, además es a mi mamá a la que le interesa que venga no a mi... a mi no me sirve de nada, tú no me vas a resolver mis problemas y no tiene caso que venga si no quiero estar aquí, perdemos el tiempo yo, mi mamá y tú ... además la que está loca es mi mamá, es ella la que siempre está de malas y me trata mal, puede estar contenta y de la nada se enoja...*

Pregunto qué pasa con el papá, si éste no interviene nunca

Responde que muy poco, porque él tiene que trabajar, con él se lleva mejor pero siempre le da la razón a su mamá, siempre se pone de su lado

Pregunto cómo la hace sentir eso

Pues enojada responde

Le digo que entiendo y que tal vez yo en su lugar me sentiría igual

También le señalo que tiene razón en lo que dice, yo no le voy a resolver sus problemas, pero quizá podría ayudarle a ver por qué tiene tantos problemas, señalo también que todas sus excusas me parecen absurdas y agregó que quizá para ella es más fácil evadir lo que le pasa que enfrentarlo y que cuando algo se le sale de control, se enoja y lo desecha...

Con respecto a la terapia, pregunto si no valdría la pena -ya que está aquí-

ponerse a trabajar un poco en ella misma, recapitulo su discurso sobre todas sus molestias e inconvenientes que ve en asistir a terapia; el horario, no salir con sus amigas, el deseo insistente de su mamá...pregunto si no cree que entre tantos contras pudiera existir algo a favor al asistir a la terapia

Responde que a lo mejor, pero ahora no le ve ningún beneficio...

Toda la sesión gira en torno a ese tema, la paciente se esfuerza por mostrarme todas sus razones para detestar asistir a tantos especialistas, incluyendo la terapia por supuesto.

Ante cualquier esfuerzo de mi parte por mostrarle algo positivo, la paciente se muestra completamente resistente.

Finalmente, le señalo que parece solamente ver el lado negativo o “malo” de las cosas, pregunto si ella se había percatado de eso

Con fastidio y de manera cortante contesta que sí.

Pregunto si no estará pasando lo mismo con nuestra relación y sólo esta viendo cosas negativas en mi

Enfadada responde que ya me dijo que no es por mi...

Mis intentos por realizar alguna intervención se socavan bajo la apatía y agresión de la paciente

Análisis:

Tema afectivo: enojo, ira, intolerancia a la frustración.

Díada predominante: víctima – victimario, díada persecutoria. Nuevamente la paciente asume el papel de víctima, además de su mamá, todo el personal médico adopta el rol de maltratador.

Transferencia: empieza a manifestarse la transferencia negativa de manera más abierta, su actitud comienza a ser de devaluación hacia la figura terapéutica, deja de asistir (otro *acting out*) y reconoce que simplemente no tenía ganas, aunque también realiza intentos por rescatarme: *no es por ti, tú eres muy linda.*

Contratransferencia: la contratransferencia es en realidad confusa y ambivalente. Despierta sentimiento de frustración y enojo, su actitud me hace cuestionar si lo que estoy haciendo está bien ó no, me enfrento con mis limitaciones como terapeuta inexperta.

Mecanismos de defensa: escisión: solamente contempla un aspecto (el negativo) de las situaciones, devaluación hacia todo aquello que no puede controlar y le molesta. Omnipotencia; *nadie puede ayudarme*. Proyección hacia fuera de todo lo agresivo que hay en ella. Todos le caen gordos, todo está en su contra.

Intervención:

La intervención que se realizó fue básicamente de contención, contener a la paciente en su agresión y mostrarle empatía de mi parte, mostrarle lo escindida que está y mostrarle que cuando no puede controlar algo o alguien, lo manifiesta de manera agresiva, a través de la devaluación. Sin embargo, la paciente fue completamente resistente, rechazó cualquier intento de mi parte. También intenté que comprendiera como se mantiene en el papel de víctima, para no asumir la responsabilidad de su conducta.

La transferencia nuevamente se despliega negativa y por tanto, la reacción contratransferencial también, tolerando la frustración por sus constantes devaluaciones, de tal manera que interiormente luchaba para tratar de mantenerme objetiva para no perder la neutralidad técnica.

En esta sesión se observa con claridad la conducta patológica de los padres, una madre dominante, irritable, inconsistente y ambivalente y un padre casi ausente, pasivo. Al respecto (González Núñez, 2000) realiza la siguiente descripción que parece coherente con la actitud de los padres de mi paciente. Las madres del adolescente borderline son muy ávidas de afecto, agresivas, dominantes, exigentes y controladoras, mantienen un vínculo simbiótico con el hijo y son incapaces de gratificar sus necesidades de dependencia o de poner

límites adecuados a su conducta, tienen actitudes contradictorias hacia sus hijos y de manera inconsciente provocan la actuación inconsciente del impulso. El padre es muy pasivo, dependiente de su mujer, pero a la vez esquizoide y no desempeña el rol paterno, es una figura ausente. Las familias de estos pacientes son matriarcales, son madres con notables perturbaciones orales que establecen por tanto, relaciones simbióticas, aferrándose a los hijos para defenderse de sus propios sentimientos de abandono.

Lo anterior tiene sentido debido a la propia historia de la madre, una historia de abuso (fue violada en la infancia) maltrato por parte de las figuras paternas y un esposo (la única pareja en su vida) rígido, pasivo y al parecer dependiente.

11ª. SESIÓN

Fecha: 09 ABRIL 07

En esta sesión hubo un cambio premeditado en la dinámica de la sesión - ya que en sesiones previas, se esperaba el discurso de la paciente para entonces trabajar con el material que ella misma proponía, además de las notable inasistencias de la paciente, esta sesión se inició con una intervención por mi parte, haciendo una recapitulación de lo que se había observado hasta ese momento, señalando a la paciente sus constantes inasistencias, la falta de compromiso y desinterés de su parte hacia el tratamiento, la manera en como estaba saboteando su tratamiento, sin respetar el encuadre que habíamos planteado. Al respecto se retomó su propio discurso de sesiones anteriores donde, -aunque a manera de manipulación- toma la supuesta decisión de dedicarse de tiempo completo a "curarse" para así dejar la escuela. Ante ello, la paciente reacciona con total indiferencia, respondiendo que ya no le interesa, cambió de opinión y punto. De esta manera, se realiza un reencuadre resaltando la necesidad de comprometerse al tratamiento y se le señala de manera muy clara los siguientes puntos:

1. La importancia de que asistiera dos veces por semana,
2. Se establece que mientras esté en el tratamiento deberá evitar toda conducta que ponga en riesgo su vida y el tratamiento, entre lo cual se contempla: conductas sexuales de riesgo, conductas autolesivas, intentos o gestos suicidas, abuso de alcohol o drogas.
3. La asistencia a las sesiones, resaltando el hecho de que cuando sea una situación emergente, se cita se cambiará a otro día de la semana.

De lo contrario, el tratamiento deberá terminar en cuanto se transgreda alguna de las condiciones antes mencionadas.

De un modo aparente, la paciente acepta dichas condiciones, pero pregunta si puede tomarse una o dos copas, pero sin llegar a emborracharse, menciona que acepta todas las condiciones, excepto el asistir dos veces por semana, muestra una fuerte resistencia y refiere que no tiene sentido, propone venir dos horas un mismo día pero no dos veces a la semana (*si quieres vendo dos horas*) ya que se le complica trasladarse hasta acá y entonces sus tardes se verán interrumpidas ya

no una sola vez, sino dos y eso no lo acepta. Su tono se torna pueril y al mismo tiempo desafiante.

Se le explica que esos son los términos de la terapia y que ella tiene la decisión, le comento que lo puede pensar y que me avise la próxima sesión.

Al margen de la terapia, le pregunto cómo están los cachorros de su perra, contesta que bien, titubea un momento y menciona que se le acaba de ocurrir una buena idea, le va a pedir a su mamá que si quiere que venga dos veces por semana, la deje quedarse con un cachorro de su perra y sólo si ésta acepta entonces ella vendrá dos veces por semana.

Le señalo nuevamente que sería mejor que ella lo considerara por sí misma y por el beneficio que podría traerle a ella y no sólo por una actitud manipuladora.

Análisis:

Tema afectivo: enojo, agresión, desconfianza.

Díada predominante: víctima-victimario, hija - madre

Transferencia: la transferencia es oscilante, mientras le decía cosas que le agradaban o le convenían me aceptaba, cuando escuchaba algo que no le convenía su actitud era de hostilidad e indiferencia.

Contratransferencia: ambivalente, oscilante, despierta sentimientos contrarios en un periodo corto de tiempo, es claro que necesita ayuda, pero también despierta enojo ante tanta devaluación de mi trabajo como terapeuta.

Mecanismo de defensa: manipulación, devaluación; devalúa mi labor como terapeuta, le concede más valor a un cachorro que al trabajo terapéutico.

Intervención:

La intención de realizar este reencuadre fue con el objetivo, por un lado; de frenar a la paciente y poner nuevamente los límites, con mayor claridad y firmeza, ya que

hasta ese momento, la paciente había transgredido el encuadre inicial en muchas ocasiones. Por el otro lado, fue el de mostrarle el desinterés que se tiene hacia sí misma, lo inconsistente, manipulador, ambivalente e incongruente de su conducta, aunque la actitud que tomó ante esta confrontación fue de cinismo. Se le señaló también, su incapacidad para vincularse en una relación interpersonal productiva como podría ser la relación terapéutica. Finalmente se intentó reafirmar la alianza terapéutica resaltando el hecho de que yo estaba ahí para lo que ella necesitara.

Sin embargo, la conducta de la paciente fue en todo momento, desinteresada, apática, pero sobre todo, suspicaz y fue este señalamiento el único que pareció tomar un poco en serio, como si la desconfianza fuese lo único que resonaba en ella, entonces fue ese sentimiento en el que nos enfocamos y fue en ese momento donde pudo engancharse y hablar de lo distante y frío de sus relaciones interpersonales y en especial de su relación con su madre. Desafortunadamente, el tiempo de la sesión transcurría y probablemente no fue suficiente para que elaborara la clarificación y que la paciente lograra comprenderlo, por lo menos en el aspecto cognitivo.

13ª SESIÓN

Fecha: 23 abril 07

La paciente asiste puntual, refiere que no fue a la escuela porque otra vez le dolía la cabeza, agrega que la culpa la tuvo su mamá porque le puso candado al mueble de las medicinas y no se pudo tomar nada para el dolor, adopta un tono pueril, con llanto histérico y se desborda diciendo que odia la escuela... continúa diciendo que es una estupidez asistir a la escuela, todo lo que le enseñan no le va a servir de nada, además va a reprobar 14 materias de las 15 que cursa

-Pregunto qué piensa de eso que acaba de decir

Responde que nada, le da lo mismo, es su culpa porque se volaba las clases, por impulsiva, no pensó en las consecuencias... ahora se tiene que joder... está harta, le caga la escuela, la odia,

-Pregunto con quién está enojada,

Responde que con nadie, con todos, todos son unos idiotas, quisiera irse a estudiar al extranjero, pero no la van a dejar ir, porque su mamá no la deja hacer nada, *está harta! ya le dije que si me quiero suicidar no le voy a avisar...*

la detesto, continúa diciendo que siempre le dice que no puede ir a ningún lado porque: *quién le va a dar sus medicinas cuando se ponga mal?* y además no tienen dinero, *uy la odio!*, tampoco la quiere dejar ir a Acapulco, le dice que es una zorra, *pues si lo soy y qué? Si no hubiera dicho la verdad aquí* (se refiere al instituto) *no estaría aquí, no está orgullosa de mí, nunca me dice que me quiere y cuando le dije que me había tomado 23 tafiles, me llevó al hospital, yo quería que me dijera: no te mueras, no me dejes, yo te quiero y no, me trajo a un pinche psiquiatra.*

Señalo, entiendo que estés muy enojada, quizá yo en tu lugar estaría igual debes sentirte muy mal, porque por un lado dices querer a tu mamá y por otro lado dices odiarla, debe ser muy difícil poder vivir con esta ambivalencia

Si; odio venir aquí, porque tengo que venir aquí, nadie viene aquí, mis amigas no vienen aquí, no me sirve de nada y además odio al pinche naco del psiquiatra, yo no estoy loca, hay más locas que yo y no voy a cambiar porque así soy y así me gusta.

-Pregunto, entonces por qué sufres tanto?

Porque mi mamá ni me acepta

Señalo que su madre parece ser la figura más importante en su vida, la que siempre menciona y me interrumpe...

lo niega

intento retomar el discurso y señalo que existe una constante una relación diádica que se maneja entre ellas, y que casi siempre ella es víctima ó bien, victimario y como esos roles van cambiando, pero casi siempre es la madre quien la hace sufrir o al menos ella lo experimenta así

acepta y dice: *si yo sé que la jodo y lo acepto pero ella no...*

Por otro lado, con respecto al reencuadre menciona que ella no quiere venir a la terapia

-le digo que ya no venga

menciona que su mamá la obliga, la condiciona si no viene, no sale los viernes, *pero no tiene caso porque no quiero venir y así no me sirve de nada*, agrega que también puede hablar con Paulina su amiga, *porque tú no me vas a resolver mis problemas insiste....*

Análisis:

Tema afectivo: enojo, ira, frustración, miedo al abandono.

Díada predominante: madre-hija, víctima - victimario, la paciente es la víctima de todo lo que la rodea: escuela, terapia, y en especial de la madre, pues ella es la principal responsable de su malestar, porque es ella quien decide llevarla a la escuela, traerla a terapia, etc.

Transferencia: la transferencia es francamente negativa, colocando a la terapeuta en el papel de la madre, incomprensiva e inflexible, además incapaz, insuficiente.

Contratransferencia: la contratransferencia fue oscilante... su actitud despierta fuertes sentimientos de ambivalencia en mí, por un lado, hay un deseo genuino de trabajar con ella y entenderla, pero por el otro, su constante devaluación me hace cuestionar mi competencia profesional y desear renunciar a seguir tratándola.

Mecanismos de defensa: identificación proyectiva; a toda costa desea que yo actúe su gran enojo, devaluación absoluta hacia la figura terapéutica, escisión: me percibe completamente mala

Intervención:

El objetivo de esta intervención se realizó en función nuevamente de brindar contención a la paciente y mostrarle empatía con respecto a su sentir en la relación a todos los sentimientos de frustración y enojo por las situaciones que enfrenta principalmente con la madre. Sin embargo, su actitud continuó siendo suspicaz, pero al señalarle que parecía sentirse traicionada por haber dicho la verdad de cómo se sentía y no obtener respuesta, cede un poco su resistencia y acepta que tal vez sí hace todo lo que hace para llamar la atención de la madre y ésta simplemente no la puede mirar...

Probablemente (como ya he mencionado) por los propios conflictos de esta madre, al respecto me parece pertinente la manera en como lo describe Kohut (1986). Lo que parece predominar es la falta de empatía, la cual presupone el reconocimiento del objeto como separado y con derecho a tener sentimientos e ideas propias. Se considera que tal falta de empatía de los padres proviene de que ellos mismos no tuvieron padres empáticos, donde el control y el poder imperaron. Al mismo tiempo, se aprovecha el momento para señalarle que ese enojo también es desplazado hacia mí como figura terapéutica y hacia todo el cuerpo médico que la atiende.

Finalmente, también se le señala lo escindido de su pensamiento, en especial cuando se refiere a la figura materna, la paciente parece escuchar pero su actitud denota que no logra entenderlo.

18 SESIÓN

Fecha: 11 de junio 2007

La paciente asiste puntual en compañía de su madre, al entrar al consultorio le dice a ésta que es una estúpida, de inmediato se sienta en un extremo de la sala y continúa jugando con su celular, sin mirarme, me dice que no va a hablar y que ni lo intente, no tiene ganas, no lo va a hacer,

- Le digo que veo que está muy molesta

Responde que no está molesta (en tono muy agresivo) y que no le voy a hacer lo de siempre, continúa: esta vez no lo voy a lograr, no me vas hacer hablar, agrega que yo ya sé que odia este lugar, así que quiere que la deje en paz

Me siento en una silla alejada de ella y le digo que entiendo que no quiera platicar, no la voy a forzar y agregó que no ha sido mi intención forzarla si ha así lo sentido. Continúo diciéndole que a juzgar por la manera en que le habló a su madre, parece que está muy enojada con ella.

Contesta que no es mi asunto y que ella así habla cuando está enojada

Respondo que comprendo que no me quiera contar nada, pero que yo no estoy enojada con ella y no tengo que pelearme con ella para entender que está muy enojada.

También le digo que parece que cuando está tan enojada no se acerca ni permite a nadie que se acerque...

Finalmente le señalo nuevamente que aunque somos personas distintas no es necesario que me haga enojar para que yo pueda entender que en esta ocasión está tan enojada que no quiere hablar.

Sin mirarme, me dice que así nos vamos a quedar...

Le digo que está bien, si quiere estar en silencio, así vamos a estar, le recuerdo que el tiempo de sesión es de ella y ella decide como quiere llevarlo.

Pasan 30 minutos en absoluto silencio, a excepción de cuando tira el celular.

Finalmente, mira el reloj y me pregunta si podía retirarse ya

Le digo que sí, se despidió de mi como siempre con un beso en la mejilla.

Análisis:

Tema afectivo: enojo, ira agresión

Díada predominante: víctima-victimario: paciente-terapeuta

Transferencia: la transferencia es francamente negativa, colocando a la terapeuta nuevamente en el papel de la madre insoportable, rígida, intolerante e inflexible.

Contratransferencia: la contratransferencia fue negativa, al terminó de la sesión mi sensación era de mucho desgaste emocional, pensaba en que lo mejor era no volver a verla más y dar por terminado el tratamiento, me sentí muy agredida, ignorada, nuevamente me enfrentaba con la sensación de que no la estaba ayudando y mi capacidad profesional la ponía entredicho una vez más.

Mecanismos de defensa: identificación proyectiva, devaluación.

Intervención:

En esta sesión, considero una de las más difíciles, mi única intervención fue realizada con el objetivo de contener a la paciente en este gran enojo, respeté la distancia física que ella misma interpusó entre las dos y me concreté a acompañarla en su ira, aguantando la fuerte agresión de su parte. Finalmente señalé que a pesar de su actitud no me iba a hacer enojar. Puesto que mi interpretación de su actitud, fue que el desplazamiento de la transferencia era muy fuerte, el enojo que tenía con la madre era tal que lo llevó de una manera importante hacia el escenario terapéutico, además que al utilizar la identificación proyectiva deseaba que yo me enojara tanto como ella y entonces actuara su enojo, para que de esta manera yo diera por terminado el tratamiento y así continuar con la cadena de rechazos que la paciente ha experimentado de manera constante, haciéndola sentir que efectivamente no es digna de ser querida.

19 SESIÓN

Fecha: 18 junio 07

La paciente asiste puntual a la sesión, en un gesto de enojo nuevamente, al preguntarle cómo está? Me dice que igual que siempre

-Pregunto si enojada

Responde que no, pero que ya sé que no quiere estar aquí y agrega que necesita que yo le diga a su mamá que ya no venga

-Pregunto porque habría de hacer eso

Responde que porque soy su psicóloga y su mamá sólo me haría caso a mi, porque a ella no le hace caso

-Pregunto cómo es eso de que soy su psicóloga, le señalo que siempre me está devaluado como profesional, por qué ahora *si soy su psicóloga?*

responde que si, soy su psicóloga

le señalo que debe molestarle mucho que su mamá no le haga caso

responde *obvio que me molesta*, le vale madres todo lo que yo le diga, la loca es ella, si quiere ir a terapia que vaya ella, a mi que me deje en paz.

-Pregunto si realmente cree que su mamá la trae conmigo sólo por molestarla

Responde *ya estás como mi mamá*

Cómo?

Es por tu bien....bla, bla, bla,

-Pregunto; no será que tú me estas colocando en el mismo lugar de tu mamá.

No, simplemente estoy harta, si hubiera mentido en la historia clínica no estaría aquí, pero siempre es lo mismo, siempre me dice: como tienes un trastorno de personalidad, por eso te disculpo, maldita la hora en que dijeron eso y agrega:

Tú también se lo dijiste

Le digo que entonces también está muy enojada conmigo,

Responde que sí

Señalo que su constante agresión parece esconder un gran enojo de tiempo atrás y mucha frustración porque en casa parece que no la escuchan, no le hacen caso,

la maltratan, como si fuera una víctima de todos los que la rodean,

Me mira con descontento

Continúo diciendo que parece ser que la única manera que tiene de responder ante ello es agrediendo a los demás y devaluándolos. Señalo que con su ira desmedida desea controlar a la gente a su alrededor para que le hagan más daño, pero que yo creo que en realidad está muy enojada y asustada y la única manera de que la vean un poco es cuando grita y patalea... y así es como pareciera controlar la situación en casa, con actitudes de una niña pequeña que toman forma de berrinches, la familia completa está pendiente y se somete...

Finalmente, señalo que me da la impresión de que quisiera hacer lo mismo aquí.

Responde, no es cierto, no quiero llamar la atención de nadie y menos aquí... pero ya te dije que no tiene caso que venga, tú no me vas a curar,

Pregunto como cree que se puede curar

No sé, a lo mejor Dios no quiere que yo esté bien

Pregunto si no cree que este es un pensamiento poco realista

Responde que ella sí cree en Dios y si ella sufre es porque él así lo quiere

Señalo que eso más bien implica el no querer asumir las consecuencias de sus actos, también le señalo que me parece que le cueste trabajo aceptar cosas buenas, siempre espera lo malo, no espera que se interesen en ella de manera genuina, y por lo tanto no permite la ayuda

Responde: no, porque, siempre hay que dar algo a cambio

Así es en tu casa?

Si

Con quién?

Con mi mamá

Entonces nos pones a todos en el mismo lugar de tú mamá

No

Señalo que yo no espero nada a cambio, yo no necesito nada de ella

Responde que a mi me pagan por verla

Respondo que si no la veo también me pagan.

Finalmente señalo que yo no le voy a decir lo que me pidió a su madre, si no quiere venir conmigo que ya no venga, yo igual voy a estar aquí la próxima sesión esperándola, le insisto que si quiere, puede venir.

Me mira, con desconfianza pero no emite ningún comentario, se despide como lo hace normalmente.

Análisis:

Tema afectivo: enojo, agresión, frustración, miedo.

Díada predominante: madre-hija, victima- victimario, la paciente es la victima de todo lo que la rodea: escuela, terapia, y la madre es la responsable de su malestar, porque es ella quien decide llevarla a la escuela, traerla a terapia, etc. El padre permanece ausente.

Transferencia: la transferencia es francamente negativa, colocándome a mi nuevamente en el papel de la madre, incomprensiva e inflexible, sin embargo ya empieza a verbalizarme su enojo.

Contratransferencia: la contratransferencia fue oscilante, ambivalente, ...

Mecanismos de defensa: devaluación, identificación proyectiva, escisión.

Intervención:

La intervención realizada fue con el objetivo de mostrarle a la paciente que su conducta agresiva es una manera de defenderse del medio, porque en realidad ella es quien se siente muy agredida, ignorada y devaluada por sus figuras más representativas, en especial por su madre, y para poder controlar esto, grita y se exhibe.

También se le señaló que esta desconfianza y desaprobación que siente de su madre hacia ella, impacta en el temor que tiene de vincularse con otras personas,

en especial hago referencia a la relación terapéutica y a esta conducta de suspicacia que le impide relacionarse de otra manera. Finalmente, intenté mostrarle que su incapacidad de introspección no le permite entender y aprender de lo que le sucede y por eso espera ser “curada” como un milagro divino.

La paciente rechazó cualquier señalamiento, haciendo uso de esta proyección de sus propio agresión, la contratransferencia comenzaba a desgastarme considerablemente.

En este punto retomaré la siguiente conceptualización sobre la manifestación conductual dentro del escenario terapéutico de estos pacientes: Su alto grado de idealización y sus expectativas mágicas de curación los lleva a decepcionarse fácilmente y, por consiguiente, a abandonar la terapia. Presentan severas regresiones, crisis repetidas, reacciones primitivas y un elevado riesgo suicida que oscila impredeciblemente entre intentos de manipulación y un genuino deseo de morir. Todas estas características llevan a verdaderas tormentas contratransferenciales donde el coraje y la ansiedad agotan la paciencia del terapeuta. Son ataques directos al narcisismo y a la autoestima del profesional, ya que, como menciona Chessick (1993), es aquí donde el terapeuta “se enfrenta más dolorosamente con sus debilidades y deficiencias”.

20ª SESIÓN

Fecha: 16 julio 07

La paciente dejó de asistir casi durante un mes, por distintas razones, se presenta puntual a la sesión, al entrar me dice que me tiene una propuesta y que no la puedo rechazar porque es buenísima y agrega: *hagamos de cuenta que nos acabamos de conocer y no sabes nada de mi, no sabes que tengo un trastorno de personalidad y que me llevo mal con mi mamá, así que no me puedes decir lo que te dije hace un mes, aunque lo que te diga, me contradiga...*

-Pregunto si cree que eso le puede servir de algo,

Responde que si y me dice que ahora sí, le pregunte por favor lo que quiera...

Le digo que me platique lo que quiera..

Entonces refiere que ha estado muy bien, está muy contenta porque tiene un galán, está trabajando en TV azteca y le pagan muy poco pero le gusta, su horario es de 09:00 – 14:00 pm, su hermana está de viaje en Europa desde hace un mes y regresa hasta el próximo mes, su hermano está en Cánada con su novia, y ya se van a casar, sus papás están juntos y los adora. En su casa la consienten muchísimo, su mamá es muy dura con ella pero la quiere mucho y al mismo tiempo la consiente mucho, su papá la complace en todo, Paulina es su mejor amiga y daría su vida por ella, comparte todo con ella y está igual de loca que ella, tiene una perrita que también es su vida, su papá es un bonachón y es la persona que más ama en la vida.

Señalo que parece que todo está bien, pregunto si así se siente

Responde que sí,

Señalo que me parece muy curioso que de un momento a otro, su vida sea una maravilla, sobre todo cuando antes todo era malo

Me mira con suspicacia y responde que todo ha mejorado

pregunto qué cree que sea lo que esté sucediendo para que se sienta bien

Contesta que no lo sabe y no le interesa, lo único que le importa es que esté bien y espera seguir sintiéndose así,

Señalo que tal vez ese sea su problema, el no reflexionar

Responde que no tiene tiempo de pensar y no le interesa reflexionar

-Pregunto si la ausencia de su hermana en casa tendrá algo que ver

Contesta que tal vez, *no es que quiera que se vaya de la casa pero tengo toda la atención para mi, bueno siempre la tengo, pero ahora más, es que soy muy celosa y al ver que mi mamá trata bien a mi hermana, me da coraje, en cambio ahora nos estamos llevando bien, me va a dejar ir a Acapulco con mis amigas y mi papá*

-Pregunto cómo está lo de su novio

Corrige que no es novio, es galán, la diferencia es que él anda tras de ella pero no se ha “dado” (besarse) con él, apenas él le pidió un beso y ella no se lo dio, él es todo lo opuesto a ella, *ella es su lado malo de él y él su lado bueno de ella*, casi no tienen nada en común, lo conoció en una fiesta pero han estado saliendo desde hace un mes, él la trata super bien, es lindo y la respeta y la quiere, pero si no se hace nada con él, espera no venirse para abajo

Señalo que eso es una posibilidad real, que pasaría

Responde que ya ni modo, que espera que no le pegue tanto, porque a este si lo quiere bien y por eso no se ha “dado” con él

-Pregunto si ha sido difícil no “darse” con él,

Contesta que se aguanta, *te he hecho caso* agrega, antes me daba con cualquiera porque tenía necesidades afectivas que ahora no las tengo así que si no se consolida nada con él, es que ese niño no era para mi y punto... ya vendrán otros, aunque niños me sobran, pero de eso a que quieran bien, quien sabe?

Señalo que la veo más delgada

Si ha bajado 6 kilos, dejando de comer y a veces vomita, no le gusta verse gorda,

-Pregunto si tiene que ver con su nueva relación

No, él me dice que estoy divina, pero yo quiero pesar 54 kilos, odio mi panza...

Realizo una recapitulación de su discurso; señalo que su petición me parece absurda pues con eso no vamos a cambiar su realidad...

Señalo la rivalidad con la hermana, la relación con la madre, la idealización del nuevo “galán”, sin embargo enfatizo la importancia de este nuevo vínculo que está creando con este chico, antes de que termine mi intervención me interrumpe y me dice: *si ya sé que estoy mal, pero ahora me siento mejor, te prometo que no*

voy a faltar más y me voy a portar bien, además ya he cambiado mucho, te vas a dar cuenta...

Análisis:

Tema central afectivo: euforia

Díada predominante: la madre descansa del papel de victimaria y se convierte en víctima de ella: es dura pero me quiere y consiente mucho, yo soy quien la hace enojar mucho.

Transferencia: la transferencia era como siempre; ambivalente, pero me impresionó que se esforzaba por agradarme, para que yo no arruinará ésta nueva situación idealizada, basada por su puesto en la negación de la realidad y en la escisión de su pensamiento.

Contratransferencia: Esta sesión fue muy difícil y desconcertante para mí, en realidad no esperaba ese discurso y esa actitud y no sabía como reaccionar, en el curso de la sesión tenía todo el tiempo la sensación de que no estaba haciendo lo correcto como terapeuta pero no sabía como parar el discurso verborreico de la paciente.

Mecanismos de defensa: anulación, negación de la realidad, idealización (ahora de los padres y del nuevo chico) escisión: él es el lado bueno de ella y ella el lado malo de él.

Intervención:

Mi intervención se limitó a escuchar a la paciente y a tratar de comprender el por qué de su petición, pero durante el curso de la sesión mis intervenciones fueron muy limitadas, ya que estaba desconcertada y pensaba como debía reaccionar, qué debía decirle, pero no se me ocurría nada, salvo la idea de que no debía ser parte de esta vida fantaseada...

Mi conclusión fue que la paciente había manipulado por completo la situación y yo había quedado atrapada ahí. La falta de tolerancia a la frustración de la paciente, su negación absoluta de la realidad, la escisión que mostraba al hablar del nuevo galán, de la madre y de una nueva vida sin la presencia de la hermana, me hizo notar la gran importancia que ésta tiene también en la vida de la paciente y observé nuevamente sus grandes carencias. Considero que debido a mi inexperiencia y a lo desconcertante de su actitud, no sabía qué hacer, entendí que la paciente no soportaba ser confrontada en absoluto, pero finalmente decidí continuar viéndola, pues como había faltado las últimas tres semanas yo había dado por perdido el tratamiento.

Situación actual de la paciente

Se decidió realizar el corte posterior a esta última sesión, porque fueron estas primeras 20 sesiones donde se consideró que la dificultad para adherirse al tratamiento y lograr una buena alianza terapéutica había cedido. Actualmente la paciente continúa en tratamiento y su asistencia ha sido mucho más regular – aunque ha faltado sólo una ocasión ha sido por enfermedad- y con previo aviso.

Cabe mencionar que la conducta de la paciente ha tenido cambios importantes, su actitud dentro del consultorio revela un cambio notable en su manera de relacionarse conmigo. Pareciera que ahora escucha, su actitud devaluadora hacia mí ha disminuido un poco, acepta señalamientos, clarificaciones, algunas confrontaciones (aunque no siempre), pero en general podríamos decir, que la resistencia de la paciente ha cedido en gran medida. En el ámbito familiar las peleas con su madre han disminuido en intensidad y frecuencia, así como la actuación de conductas de riesgo; en lo que respecta a la ingesta de alcohol su consumo se ha vuelto moderado -a decir de la paciente no ha vuelto a llegar a la embriaguez-, la conducta sexual ha tomado sus propios límites, a pesar de que regularmente conoce chicos y se “da” (besarse) con ellos, no ha vuelto a tener relaciones sexuales ni a “tocarse” o tener sexo oral con ningún chico, al respecto es la paciente quien menciona que *era una estúpida* y que no pensaba en las consecuencias, agrega que no piensa hacerlo más, considera que volverá a tener relaciones sexuales hasta que por lo menos lleve unos meses de relación y quiera mucho al novio en cuestión, no obstante también agrega que no se arrepiente del todo, pero ahora que ha reflexionado al respecto reconoce que se salvó de muchas consecuencias fatales.

Desde el punto de vista psiquiátrico, ha mantenido constante la ingesta de los medicamentos, al respecto, cabe mencionar que durante el curso del tratamiento, la han atendido tres médicos psiquiatras distintos (ya que el INPRFM tiene la característica de ser un hospital escuela) y fue paulatina la manera en que la

paciente reaccionaba con mayor adaptación a estos cambios. Dentro de este aspecto del tratamiento, también se realizaron cambios en dos medicamentos, al respecto, la paciente considera que el cambio de medicamento para dormir le ha ayudado mucho pues ahora descansa y al día siguiente no se siente mal como antes.

En este sentido, he tenido una comunicación estrecha con sus médicos tratantes, los cuales también han observado mejoría en la paciente, principalmente en aspectos sobre las funciones mentales superiores; la organización de su pensamiento, regulación emocional, control de impulsos y estabilidad emocional, no obstante, la actitud manipuladora continúa muy presente.

En cuanto a los vínculos relacionales, C pudo establecer una relación de 3 meses con un chico a quien ella llamaba “galán” es decir; él la pretendía pero no eran novios, finalmente decidió que no deseaba tener una relación de noviazgo con él y dejó de frecuentarlo. Al respecto, se le mostró la importancia del reconocimiento de esta primera relación como la más prolongada de todas las que había tenido con chicos, además era la primera vez que había logrado establecer una relación sin que tuviera relaciones sexuales o que hubiera “fajado”, rescatando la idea de que se tomó el tiempo de conocerlo y que eso le permitió darse cuenta de que no era tan maravilloso como ella lo creía al principio. Es decir, el mecanismo de idealización- devaluación ha disminuido un poco, parece que ha podido entender que ella es la se encarga de idealizar y después devaluar a las personas, ya que éstas son siempre las mismas. Este ha sido uno de los aspectos más importantes que se han trabajado con la paciente y puede verse reflejado en el último cambio de médico que tuvo en el instituto, su actitud ya no fue en absoluto devaluadora, lo aceptó sin complicaciones, ni quejas, ya que al anterior, al inicio del tratamiento lo rechazó y devaluó de manera importante y finalmente terminó expresando que estaba satisfecha y a gusto con él.

Con respecto a la madre, parece que ésta se ha vuelto más tolerante y permisiva con la paciente, -o por lo menos así lo vivencia ella-, quien menciona que su mamá la quiere mucho pero está loca y ella no la va a hacer cambiar, comenta que ahora ha optado por darle el “avión” no hacerle caso, le da flojera pelearse

con ella, refiere que sabe que siempre va a perder porque su mamá es la que manda y es la que da los permisos, aunque reconoce que ha logrado obtener permisos de manera constante -cada fin de semana- reconoce también que actúa de manera manipuladora pero parece no incomodarle (su actitud es cínica en ese sentido) ya que así se ha relacionado con su madre y ésta le ha mostrado que siempre hay algo que negociar, y C también está de acuerdo en eso. En este sentido, se le ha mostrado este desplazamiento de la transferencia que hace con respecto a la figura materna dentro de nuestra relación terapéutica, resaltando el hecho de que mi relación con ella no tiene que negociarse, a partir de lo cual parece que se ha afianzado la alianza terapéutica y por tanto, la transferencia, a pesar de que continúa siendo oscilante, ha empezado a ser más positiva.

Sin embargo, a pesar de los cambios antes mencionados, pareciera que ahora ha aparecido un nuevo síntoma o bien éste ha cambiado; probablemente la agresión proyectada hacia fuera se ha vertido más hacia sí misma, con conductas restrictivas en lo que respecta a la ingesta de alimentos, ha bajado diez kilos en cuatro meses aproximadamente, aunque ella argumenta que se siente bien y que sólo lo hace porque no desea estar gorda, el cambio es muy evidente, sus ropas le quedan grandes, en la escuela, las amigas y familiares le han hecho saber que están preocupados por ella. No obstante, su aspecto físico es agradable y no cumple criterios estrictos para el diagnóstico categórico de anorexia, pero podríamos estar hablando de un Trastorno de Alimentación No especificado (TANE).

Al respecto, no podemos asegurar que este nuevo síntoma tenga que evolucionar inevitablemente hacia un franco trastorno de la conducta alimentaria como la anorexia, sin embargo, lo que si es evidente es que este nuevo síntoma es menos violento que las diversas maneras en las que se autoagredía anteriormente, ya que actualmente no ha vuelto a cortarse, morderse o quemarse con cigarrillos y tampoco ha vuelto a ingerir pastillas –sean estas conductas ó no verdaderos intentos de suicidio-.

Sin embargo, es importante resaltar el hecho de que comienza con la

manifestación de este nuevo síntoma, justo cuando la alianza terapéutica se empieza a consolidar y la transferencia se vuelve cada vez más positiva o por lo menos, permanece más tiempo positiva, lo que sugiere por un lado, que ha empezado a identificarse y vincularse conmigo, incluso en el aspecto físico, pues mi complexión es delgada y en repetidas ocasiones mostró interés por saber como podía mantener este peso. Por otro lado, su conducta restrictiva ante la comida denota nuevamente una manera maladaptativa de obtener lo que desea.

Además, el consumo de cigarrillos va en aumento, fuma hasta una cajetilla diaria, al respecto dice no importarle, *de algo me he de morir* refiere que por el momento no le interesa dejar de fumar y evita el tema o se muestra reticente cuando aparece el tema durante alguna sesión. Lo anterior refleja sin duda que la ansiedad generalizada se mantiene de manera importante.

No obstante la persistencia de estas conductas, podemos decir en general, que la paciente ha mostrado mejoría, y tanto ella como la familia logran reconocerlo, lo cual ha ayudado a mantener cierta estabilidad emocional en ella, su conducta se ha mantenido dentro un marco más estructural y en general su funcionamiento en las diferentes áreas: social, académico y familiar ha mejorado. En la escuela sus calificaciones han aumentado de manera considerable. Finalmente, en el ámbito familiar, -a pesar de no contar con una contención familiar adecuada- los conflictos han ido en descenso, a tal grado que los padres realizaron un viaje a Europa que tenían planeado desde hace mucho tiempo y habían postergado por temor a dejar sola a C. Al respecto de estos avances, se les mostró la conveniencia de asistir a terapia familiar para así poder brindarle un ambiente familiar más adecuado, sin embargo la familia muestra resistencia o simple apatía ante la reiterada recomendación. Lo que rescatamos, sin embargo, -al menos por el momento-, es que parece que la alianza terapéutica ha quedado por fin establecida, aunque la paciente no reconozca del todo que la terapia le ha brindado beneficios y en su conducta típica de devaluar, atribuye su mejoría a su deseo de estar bien (omnipotencia) y al cambio de medicamento para dormir.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Es difícil poder explicar la evolución aparentemente favorable de la paciente, no obstante su angustia, impulsividad e ira han disminuido o bien se encuentran contenidas, su discurso es más coherente, lo cual refleja la organización de su pensamiento, su tono pueril y llanto histérico ha disminuido también. Ha tenido frases que pareciera haberlas sacado de un libro,: *ya no soy de todo o nada, ya no odio a nadie, ahora me da X la gente, antes era de: me encanta, o lo odio... igual con la ropa, ya no muero por esta blusa... he reflexionado mucho y pensado en todas las estupideces que he hecho, no las volvería a hacer...* Al cuestionarla sobre estos cambios, la paciente los atribuye al medicamento, a ella misma; a sus ganas de estar bien, sin embargo, refiere que ya acepta venir a terapia, dice tenerme confianza, aunque cuando me va contar algo que considera muy íntimo me refuerza diciendo: *esto no va a salir de aquí verdad?*, cierta suspicacia que no se compara con el inicio del tratamiento.

Por otro lado -como ya se mencionó en el último apartado del análisis- parece que el control de impulsos ha mejorado, ya que las conductas autolesivas y los *actings* han disminuido -principalmente dentro del escenario terapéutico-, lo cual va estrechamente relacionado con la relación transferencial - contratransferencial.

Como podemos observar durante el curso de las sesiones, se hace evidente un patrón de conducta donde el elemento principal es casi siempre un afecto disfórico; la ira, el enojo, el odio, la tristeza, la ansiedad, y la marcada escisión en C, sin embargo, pareciera que todas estas reacciones no son otra cosa que mecanismos defensivos ante el constante temor y frustración que experimenta la paciente, en un deseo por querer controlar de este modo a su entorno, y su vez; protegerse de ser víctima -como lo es muchas veces de las agresiones de quien ha sido su cuidadora principal; su madre-, es por ello quizá, que C. adoptaba en todo momento un papel de agresor en la relación terapéutica, producto por supuesto de la instalación al inicio del tratamiento de una transferencia francamente negativa.

Un primer elemento a discutir dentro de los diferentes factores que influyen en la patología de mi paciente, es el hecho de que existe una condición orgánica -al margen de la psicodinamia familiar y de la propia paciente- que subyace a su patología, motivo suficiente para brindarle una intervención multidisciplinaria como hasta el momento, con el tratamiento psiquiátrico como piedra angular, pues es innegable que los fármacos han ayudado a que la paciente pudiera mantener cierta estabilidad emocional y que esto a su vez, le permitiera trabajar dentro del escenario terapéutico.

Dicha condición orgánica justifica por sí sola el trastorno límite de personalidad que presenta nuestra paciente, -si bien la dinámica familiar promueve aún más- por un lado, si nos remontamos a la historia clínica de C, podemos observar que a una edad muy temprana (6-7 años) presentó los citados patrones neurológicos del hemisferio derecho y del lóbulo frontal, los cuales pueden ser representativos de los déficit orgánicos en el desarrollo de algunos trastornos de personalidad, de manera específica, el también mencionado Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y la asociación que se ha encontrado con el TLP, condición que se cumple en mi paciente y lo que probablemente fue generando una cadena de eventos adversos a lo largo de su vida; caídas, accidentes, auto-agresiones, rechazos, etc. traumas que -a decir de la madre- evolucionaron en una condición médica más complicada que concluye en una lesión del lóbulo frontal -con el conocimiento de que al parecer en esta zona cerebral se registra el control de los impulsos- y finalmente, la existencia de los elementos paroxísticos anormales que también presenta ...

Por otro lado, debemos atender al peso de la genética; la herencia familiar, en cuyo caso, ésta se puede convertir en un abanico de patologías en el campo de la salud mental. Retomando nuevamente la historia clínica, observamos que la paciente cuenta con familiares de primer grado por ambas ramas (materna y paterna) con trastornos psiquiátricos como; esquizofrenia, alcoholismo, depresión y ansiedad principalmente. Todo ellos sin subestimar los múltiples diagnósticos de

su madre (Trastorno Bipolar (TB), crisis de angustia), además del TDAH del hermano.

Otro aspecto que influye de manera determinante en la patología de la paciente es sin duda, la dinámica familiar, cabe resaltar que por objetivos del presente trabajo este elemento no ha sido explotado en todo su esplendor, sin embargo, el material obtenido brindaría la posibilidad de abordarlo desde otras perspectivas como es la terapia familiar.

Es interesante observar la citada dinámica familiar, por demás disfuncional; una madre con conducta pasiva-agresiva, con una patología reconocida por ella misma, con quien la paciente manifiesta especial dificultad en su relación vincular, caracterizada por un sadismo compartido, es decir; un intercambio de roles en lo que podría denominarse la díada víctima-victimario. Esta madre, cuyos cambios en su estado de ánimo, provocan en la paciente la angustia de la expectativa y de no saber que vendrá, a través de los mensajes poco claros y ambivalentes y su marcada preferencia por la hija mayor. Una madre absolutamente dominante, -que en repetidas ocasiones la paciente lograba verbalizar- al hablar del matriarcado al que estaba acostumbrada, y a ese patrón de conducta que ella debía seguir, pues entre otras cosas, considera que todos los hombres son unos pusilánimes y que *ella es mucha mujer, le tienen miedo, todos son unos pendejos... igual que... quién?...*

Esta devaluación hacia las personas del sexo masculino, es producto quizá de la continúa frustración y enojo hacia el padre, pues ante ésta madre dominante, aparece un padre pasivo, un padre *apapachador, bonachón* –como lo llama C- el bueno, el que no reclama, ni regaña, no dice nada, no opina y sólo reprende cuando C ha ofendido a su mamá y *él sale en defensa incondicional de su pareja*. En este sentido, vale la pena mencionar que al insistirles en la importancia de asistir a terapia familiar el padre hizo la cita y finalmente llamó al terapeuta para cancelar refiriendo lo siguiente: *dice mi esposa que está muy lejos que mejor no vamos a ir...*

Por otro lado, existe una hermana “modelo” identificada en gran medida con la mamá (coinciden en gustos similares: la misma carrera profesional, etc.) desempeñando un rol del que quizá ni siquiera sea consciente, pero que la madre parece tener muy presente para hacerle saber a C. como debería ser, para entonces sí, quererla mucho... y finalmente, un hermano que decidió desprenderse de la familia a una edad temprana (18 años) –tal vez, el más saludable- bajo el motivo de irse a estudiar a otro lugar y C lo refiere como sigue: *antes mi madre era así con mi hermano, pero él estaba peor que yo porque siempre llegaba borracho, yo no, pero como él ya se fue y mi hermana es la perfecta, quedé yo, no es justo, a mi hermana cuándo le va a tocar?...*

Ambos hermanos reconocen -según el discurso de C.- que su familia es disfuncional y que no desean permanecer mucho tiempo dentro de la misma, la hermana por su parte, nunca está en casa, *siempre tiene cosas que hacer y le da por su lado a mi mamá, no se complica*, refiere C., el hermano cuando está de visita en su casa, pasa muy poco con ellos tiempo porque se dedica a visitar a sus amigos, *dice que mi mamá está loca y que creen que son la familia perfecta...*

En lo que respecta a los padres, su visión parece ser diferente pues su discurso es el de una familia unida y casi, casi perfecta, sino fuera por la patología de C, ubicándola así como la paciente identificada en una familia rígida, con expectativas altas hacia sus hijos e inspiradas en su propias necesidades y carencias, provenientes de una familia extensa aún mas desorganizada y que sin embargo también rechaza y desapruueba la conducta de la paciente.

Otro factor psicosocial que consideramos ha tenido gran relevancia es la pérdida de la abuela (paterna), suceso que según palabras de nuestra paciente la ha marcado hasta sus días actuales, pues considera su fallecimiento como el evento más doloroso que ha sufrido y afirma que a partir de ese momento *empezó todo*; comenzó a sentirse triste, los problemas de conducta y la mala relación con su mamá también se hicieron evidentes, incluso fue su primer intento de suicidio, ella atribuye que todo ello es porque la abuela era la única persona que la entendía, en quien podía confiar plenamente, reconoce que la sensación de bienestar que tenía

con ella nunca la ha experimentado del todo con sus padres y que por tanto, esta pérdida, la ha dejado vacía, la paciente lo expresa así: *la muerte de mi abuela me ha dejado un gran vacío, su ausencia me ha dejado un espacio emocional que no he podido llenar con nadie y tal vez nunca lo vuelva a llenar*, agrega que ahora sabe que quiere a las personas pero no siente nada, siente un vacío en la mitad de su cuerpo y siente que ya no siente... este fragmento de su discurso ilustra por un lado, sus características de personalidad histriónicas y por el otro lado, pareciera que realmente ésta pérdida le afectó en su desarrollo emocional ulterior, quizá porque esta abuela era una figura constante y su relación emocional con ella era gratificante y no ambivalente como en el caso de la figura materna.

Ahora bien, desde el punto de vista intra-psíquico, es fundamental ubicar la etapa de la vida por la que atraviesa nuestra paciente; la adolescencia media, en cuyo caso, podríamos decir que a pesar de contar con recursos cognitivos adecuados, su Yo fragmentado, la mantiene en una inmadurez emocional, ya que C no ha logrado separarse de las figuras parentales, no del todo, pues quizá se aferra a ellos como en una búsqueda constante de aceptación, sobre todo de esta madre ambivalente (dependiente y rechazante), lo que no le permite separarse y consolidar el proceso de elección de objeto en un amor extrafamiliar, pues hasta el momento son los padres los objetos que continúan siendo catexizados por la paciente con la misma carga libidinal que cuando niña. Motivo por el cual, este proceso de separación-individuación se ve interrumpido, ya que como sabemos, no sólo el adolescente padece este proceso, sino que los padres –como en este caso- parecen tener dificultades para aceptar su crecimiento a consecuencia quizá del sentimiento de temor y de rechazo que experimentan frente a la genitalidad.

Aunado a ello y tomando en cuenta que las modificaciones corporales (el duelo por el cuerpo) implican la búsqueda de una nueva identidad y que ésta se construye con las imago paternas, cuando éstos imago son tan rígidos como los padres de mi paciente, no favorecen su independencia, ni su nueva identidad, incluso cuando ella empieza a crear una nueva imagen -una más delgada, más

agradable- los padres continúan criticándola, quedando nuevamente atrapada en la confusión y ambivalencia.

De tal manera que en ocasiones se odia por ser tan gorda y sufre por no ser lo que no es, sin siquiera saber cómo le gustaría ser y otras veces se complace diciendo así misma que es una zorra -en un tono sociopático- que todas las chicas de su edad son iguales y que además, lejos de sentirse mal por ello, ser promiscua le agrada, le satisface, pues quizá de esta manera, ella va formando una identidad que sea más coherente con su sentir, que en este momento es caótico, difuso, desorganizado y que además -como una formación reactiva- éste actuar va justo en contra de las expectativas y principios morales de sus padres y de la conducta intachable y ejemplar de su hermana.

Finalmente, parecen intentos de autoafirmarse, aunque por el momento sea en un tono autodestructivo.

Ahora bien, recordemos a Aberausturi quien asegura que el logro de la identidad sexual exige la libre experimentación y atraviesa fluctuaciones y, que los tabúes y las inhibiciones genitales de los padres y a veces de los maestros no sólo la retardan, sino que pueden conducir a su patología. Lo anterior parece quedar ilustrado con este caso, pues además de la rigidez y religiosidad de los padres de mi paciente, la escuela católica a la que asiste es otro espacio donde el ambiente religioso también genera gran represión, lo que quizá la ha llevado a incrementar su angustia y a defenderse de ésta a través de una fuga hacia una precoz genitalidad; a una actuación con apariencia de madurez temprana que en realidad parece cubrir un fracaso en su personificación.

C es una chica –como ya mencionamos- con recursos psicológicos pero con mal uso de los mismos, debido a este Yo no integrado, frágil, difuso, cuya auténtica etiología quizá no sea de mayor importancia, pues lo relevante es la manera en como ella experimenta su realidad, realidad que parece alterada, distorsionada, especialmente en lo que respecta a las situaciones del juicio social, llevándola a vivir todas sus relaciones interpersonales con gran intensidad, con sufrimiento, oscilando entre constantes idealizaciones y devaluaciones, especialmente con las

personas del sexo opuesto, pero igualmente conflictivas con sus pares y familiares. Logrando con ello el rechazo constante de los otros y reafirmando en ella el sentimiento de vacío e inadecuación.

En este sentido, mi labor como terapeuta ha sido precisamente ayudar a la paciente a intentar estructurar y fortalecer este Yo fragmentado, a través del encuadre, los límites, mi presencia, la aceptación, la permanencia; la constancia objetal, sin restar su importancia claro, a las intervenciones terapéuticas específicas (clarificaciones, confrontaciones, elaboraciones, etc.). Es decir; la figura terapéutica toma el papel de esa madre contenedora, no rechazante, no controladora, no ambivalente y sí constante, dispuesta a aceptarla aún con toda su agresividad. Como resultado de ello, parece que la alianza terapéutica se fortaleció y el proceso terapéutico se ha convertido en el espacio donde la paciente ensaya una manera diferente de vincularse.

Es importante destacar este punto, ya que es precisamente la relación transferencial - contratransferencial lo que hace complicado y difícil el manejo de estos pacientes, pues la transferencia es tan oscilante y ambivalente en una misma sesión, en algunos casos francamente agresiva y destructiva, y en otros son gritos de ayuda que se despiertan sentimientos contratransferenciales tan fuertes como los del paciente; coraje, frustración, ansiedad, pero también impotencia y deseos de proteger y ayudar, por ello considero que la labor de la supervisión se vuelve un elemento indispensable, ya que un aspecto primordial – como he mencionado- dentro del proceso terapéutico es mantener la neutralidad técnica, tarea nada fácil cuando uno se enfrenta a estas *tormentas contratransferenciales* y no tiene posibilidad de identificarlas y manejarlas en un espacio alterno y bajo una adecuada supervisión.

Es así que la psicoterapia se convierte entonces, en un elemento básico en el tratamiento, ya que en el caso de C. ha servido principalmente como un espacio contenedor, ofreciéndole también prueba de realidad, orden en sus pensamientos,

estructura y finalmente, confianza; elemento indispensable para establecer cualquier relación interpersonal y por supuesto, para lograr una adherencia terapéutica sólida. Por tal razón, la alianza terapéutica se convierte en lo primordial en un tratamiento con este tipo de pacientes, pues la desconfianza y suspicacia –característica de estos pacientes- es un obstáculo real para la evolución del tratamiento.

Así mismo, cabe resaltar que las intervenciones relativamente breves –como nuestro caso- dentro del marco de una institución pública, nos brinda la posibilidad de lograr objetivos bien definidos, delimitados, lo que significa, que a pesar de las dificultades que se pudieran presentar en las instituciones no siempre son suficientes para obstaculizar un proceso terapéutico, lo cual a su vez evidencia la importancia de trabajar con un equipo multidisciplinario que cubra todos los aspectos a tratar en los pacientes con este tipo de patologías.

Desafortunadamente, en el caso de mi paciente se han conjugado todos los elementos que la literatura ha descrito (a excepción del abuso sexual) para desarrollar aún a su corta edad, una patología bien definida como lo es el trastorno de personalidad límite, que a pesar del mal pronóstico que se espera de estos pacientes, C se encuentra en este momento: contenida, con mayor estabilidad emocional y tal vez con menor sufrimiento que cuando llegó al consultorio, pues a pesar de las enormes dificultades, en este momento, parece haberse logrado los objetivos propuestos al inicio del tratamiento: disminuir los *actings*, mejorar el control de impulsos, y construir una sólida alianza terapéutica, con la cual se esperaba que podamos continuar trabajando más a largo plazo.

CONCLUSIONES

El Trastorno Límite de Personalidad es un trastorno por demás complejo, su etiología es multifactorial, sin embargo, no me atrevo a decidir si los factores psicosociales tienen un mayor peso que los biológicos o viceversa, lo que sí es importante destacar es que debemos atender a ambos porque parece ser que su interacción es lo que determina la presencia o no del trastorno, en el caso de mi paciente están presente casi todos los aspectos que describe la literatura; una condición biológica y genética, una estructura y funcionamiento familiar patológico que se refleja en el manifestación de la conducta desadaptada de la paciente desde una edad temprana. Finalmente, también los factores de crianza típicos del trastorno se hacen evidentes; la pérdida de un ser significativo, las conductas parentales anormales, el tipo de vínculo que considero se encuentra estrechamente ligado con la calidad de las relaciones objetales. El único elemento que no apareció en el ilustrativo caso fue el abuso sexual tan frecuentemente asociado con la etiología. Por todo ello, reitero la necesidad de brindar una atención interdisciplinaria.

Dentro de los límites de la singularidad del caso, considero acertado advertir que la posibilidad de diagnosticar un trastorno de personalidad en la adolescencia es viable, incluso estoy de acuerdo con aquellos autores que proponen que su identificación temprana y oportuna puede incidir en un mejor pronóstico del esperado para estos pacientes.

Desde el punto de vista terapéutico, el fortalecimiento de la alianza terapéutica se conforma de dos elementos que considero son determinantes, primero; la capacidad empática como terapeuta, la aceptación y contención del paciente en todo momento y el manejo de la frustración en las reacciones contratransferenciales para intentar mantener la neutralidad técnica (y poder

ofrecerle juicio de realidad al paciente), haciendo necesario en este punto el apoyo de la supervisión didáctica. Segundo; el establecimiento de un encuadre claro y preciso que le ayude a tener más estructura, en mi paciente, su conducta caótica y los constantes *actings out*, comenzaron a mejorar hasta después de haber realizado un reencuadre y de mantener una supervisión clínica sistemática por mi parte. No obstante, inmediato al reencuadre su resistencia aumentó pero cedió para finalmente cristalizar la alianza de trabajo.

En este sentido, me parece que la terapia focalizada en la transferencia y su marco conceptual de las relaciones objetales son una herramienta valiosa y coherente con el tratamiento de estos pacientes pues al menos en mi paciente, existe un predominio constante de mecanismos defensivos primitivos y relaciones parcializadas que limita en gran medida su adaptación al medio. Sin embargo, y a pesar de que este modelo terapéutico ha sido manualizado- su adecuada utilización implica un esfuerzo y compromiso de quien lo aplica porque considero que se requiere un conocimiento amplio de la teoría, experiencia e insisto, una adecuada supervisión, especialmente en terapeutas noveles como yo.

Referencias

Aberasturi A., y Knobel M. (1988). La Adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós.

Ainsworth, M., Bell, S., Staiton, D., (1974). "Infant-mother attachment and social development. Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals" en M.P. Richards (ed.) The integration of a child into a social world. New York. Crambridge University Press; 99-135.

Allport, G. (1954). Handbook of Social Psychology. Clark University. Press. Worcester.

Amen, D., Stubblefiel, M., Carmicheal, B., Thisted, R. (1996). Brian SPECT findings and aggressiveness. Annails of clinical psychiatric , 8: 129-137

Asociación Psiquiátrica Mexicana (2001). Practique Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington.

Asociación Psiquiátrica Mexicana (1994) Manual de Diagnóstico Psiquiátrico de los Trastornos Mentales DSM IV Editorial Barcelona: Masson.

Barkley, R., (1997a) Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin, 121, 64-95.

Bernstein, D., Cohen, P., Velez, C., et all. (1993). Prevalence and stability of the DSM III-R personality disorder in a community-based survey of adolescents. The American Journal Psychiatry 150: 1237-1243.

Bolwlby, J., (1988). A secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. Londres: Routhledge.

Blos., P. (1981). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.

Clarkin, J., Foerlsh, P., Levy, K., Hull, J., Delaney, J., Kernerberg, O. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorder*, 15(6): 487-495.

Coleman, J. (1989). *Psicología de la Adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata.

Costelo, E., Angold, A. (1995). Developmental epidemiology. In D Cicchetti and D. Cohen, *Developmental psychopathology*, New York: John Wiley: 1: 23-56.

Craig, G., (1997). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall Hispanoamericana

Crawford; T.N., Cohen P., y Brok, J. S. (2001a). Dramatic –erratic personality disorder symptoms: II Developmenta pathways from early adolescence to adulthood. *Journal of personality disorder*, 15: 336-350.

Cuevas, P. Camacho, J., Mejía, R., Rosario, I., Parres R., Mendoza, J., López, D. (2000). Cambios en la psicopatología del trastorno limítrofe con psicoterapia psicodinámica. *Salud Mental*, 23 (6): 1-11.

Cueli J. (1990). *Teorias de la personaliad*. México. Trillas

Chessick R. (1993). The outpatient psychotherapy of the bordeline patient. *American Journal psychotherapy*, 47 (2):206-227.

Cloninger, C., Svrakic, D., Przybeck, T. (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatric*, 50: 975-990.

Erikson, E. (1972). *Sociedad y Adolescencia* Editorial Siglo XXI

De la Fuente, R. (1968). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

De la Peña, F., Ulloa, R. . Paez, F. (1999). Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y su funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, 22:88-92

Delval, J. (1994). *Desarrollo Humano México: Siglo XXI*.

Depeu, R. (1996). *A neurobiological framework for the structure of personality and emotion: implications for personality disorder*. New York: Guilford Press.

Derryberry, D., Rothbart, M. (1997). Reactive and effortful process in the organization of temperament. *Development and Psychopathology*, 9: 633-652. En Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K. (2002) *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*. México – Bogotá: El Manual Moderno

Diamond, D., Clarkin, H., Levine, K., Levy, P., et al., (1999). Borderline conditions and attachment: A preliminary report. *Psychoanalytic Inquiry*, 19: 831-884.

Etchegoyen, H. (2002). *Los fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu.

Fenichel, O., (2000). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. México: Paidós.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M. et al. (1996). The relation of attachment atatus, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 22-31.

Fonagy, P., Target, M., Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinic of North America*, 23: 103-122.

Fonagy, P. y Bateman, A., (2005) Psicoterapia para el trastorno límite de personalidad. Tratamiento basado en la Mentalización. Guadalajara-Jalisco: Universitaria. Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Freud, S. (1910). Tres ensayos sobre una teoría sexual. New York.

Gómez, C. (2000). ¿Quién es el paciente Limítrofe?. *Salud Mental* 1 (23) 30 – 38,

González- Nuñez, J. (2001) Psicopatología de la adolescencia. México: El Manual Moderno.

George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). "Adulth Attachment Interview" (manuscrito no publicado) Berkeley:University of California. En Moneta, M. (2003). El apego. Aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la díada madre-hijo. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Greenson, R. (1967) the technique and practise of psycho-analysis, Londres: Hogart Press, vol I.

Guarner, E. (1978). Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico. México: Porrúa

Gunderson J .G. Singer M.T. (1975) Defining borderline patients: An overview. *American Journal psychotherapy*, 132 (1): 1-8.

Gunderson, J. G. (2002) Trastorno Limite de Personalidad guía Clínica. Psiquiatría Editores, S.L

Herpertz, S., Dietrich, T., Wenning B., et al (2001b). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry*. 50. 292-298.

Kernberg, O. (1979) *Estados Fronterizos y Narcicismo patológico*. Buenos Aires Paidós.

Kernberg, O. (1991) *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós

Kernberg, O. (1999) *Trastornos Graves de la Personalidad: Estrategias Terapéuticas*. México: El Manual Moderno.

Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K. (2002) *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*. México – Bogotá: El Manual Moderno

Kestenbaum, C. (1983). Borderline children at risk for major psychiatric disorder in adult life. In K. Robson (ed.), *The Borderline Child* (49-82). New York: McGrawHill.

Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressives status. En Klein, M. (ed). *Love, guilt and reparation and other works. 1921-1945*. New York: the Free Press, p.p. 262-289.

Klein, M. (1977). *Obras completas I*. Buenos Aires: Paidós.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self* New York, Internacional Universities Press

Kohut, H. (1986) *¿Cómo cura el análisis?*. Buenos Aires: Paidós.

Laplanche, J., Pontalis, J. (1983) *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.

Linehan M. (1993). Cognitive – Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press. New York.

Loranger, A., Sartorius, N., Andrenoilli, A., Berguer, P., Bukheim, P., Channabasavanna, S. (1994). The international personality disorder. Examination: The World Health Organization/alcohol. Drug abuse and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorder. Archives of General Psychiatric. 51: 215-224.

López, G. (2004). Psicoterapia Focalizada en la Transferencia para pacientes Limítrofes. México: Editores de Textos Mexicanos

López, D., Cuevas P., Gómez, A. Mendoza, J. (2004) Psicoterapia basada en la transferencia para el Trastorno Limite de personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. Salud Mental 27 (4) 44-54.

Mahler, M. (1968). On human symbiosis and the vicisitudes of individuation. Vol. I. Infantile Psicosis. New York, Internacional Universities Press

Medina-Mora, M.,Borges G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. Y Aguilar Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, Salud Mental 26 (4): 1-10.

Moneta, M. (2003). El apego. Aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la díada madre-hijo. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Nickell, A., Wuadby, C., Trull, T. (2002). Attachment parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. Journal of personality disorder. 16: 148-159.

Núñez E., De la Fuente Jr. (1985). El trastorno limítrofe de personalidad en el contexto médico. *Salud Mental* 8 (4): 8 - 14.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 10a. ed. Madrid: OMS.

Papalia, D., Wendkos, O (2004). *Desarrollo Humano*. 8ª ed. México: McGrawHill.

Paris, J., Frank, H. (1989). Perception of the parental bonding in borderline patients in a general hospital. *Comprehensive psychiatry*, 28: 530-535.

Piaget, J. e Inhelder B. (1981). *Psicología del niño*. Madrid: Ediciones Morata.

Pope, H. et al. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Archives og Gnereal Psychiatry*, 40: 23-29.

Rourke, B. (1989). *Syndrome of Nonverbal Learning Desability*. New York: Guilford. En Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K. (2002) *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*. México – Bogotá: El Manual Moderno

Shachnow. J., Clarkin J., Dipalma, S., Thurston, E. Shearin, E., (1997). Biparental psychopatology and borderline personality disorder. *Psychiatry*, 60; 171-181.

Shapiro, D., Firth-Cozens, J. (1987). Prespective exploratory therapy: outecomes of the Sheffield psychotherapy project. *British Journal of Psychiatry*, 151:790.799.

Silk, K. (2000) . *Borderline Personality disorder. Overview of biological factors*. *The psychiatic Clinics of North America*, 23: 61-75.

Spitz R. (1977) *El primer año de la vida del niño*. Madrid: Aguilar.

Stuss, D., Alexander, M. (2000). Executive functions and the frontal lobes: A conceptual review. *Psychological Research*, 63: 289-298.

Sugarman A., Lerner H. (1992). Reflections on the current state of the borderline concept. Kwawer, Lerner, Sugarman (eds). En: *Borderline Phenomena and the Rosrchach Test*. New York: International Universities Press.

Verhulst, F. (1984). Diagnosing borderline children. *Acta Paedopsychiat* 50: 161-173.

Walsh, F. (1977). The family of borderline patient. En *the borderline patient*. New York: Aranson, 149-177.

Weston, MD; and Stephanie A Riolo, MD, MPH. (2007). Childhood and Adolescent Precursors to Adult Personality Disorders. *Psychiatric annals* 37:2, 114-120.

Winnicot, D. (1979). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós.

Zanarini, M., Dubo, E., Lewis, r., Williams, A. (1996). Childhood factors associated with the development of borderline personality disorders. En: *Role of Sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Press, 29-44.

Zanarini M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., *et al* (2003) The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274 –283.