

CRITERIOS DE ANALIZABILIDAD EN EL PACIENTE FRONTERIZO

Mercedes Esmirna Rios Bustos

RESUMEN

Las personas con una personalidad límite o fronteriza se caracterizan por presentar dificultad tanto en su diagnóstico como en su tratamiento ¿es o no un paciente neurótico?, ¿es o no un paciente psicótico?

Se caracterizan por ser inestables en su comportamiento y en sus relaciones interpersonales.

A menudo carecieron de los suficientes cuidados durante su niñez, por lo que en la vida adulta se sienten vacías, furiosas y con gran necesidad de atención.

La impulsividad es algo constante por lo que la promiscuidad y el abuso de sustancias tóxicas pueden estar presentes.

En este trabajo se aborda cuales son los criterios eje para su diagnóstico así como el manejo psicoterapéutico más conveniente en este tipo de pacientes.

Se ejemplifica lo anterior con un caso clínico y su manejo.

Palabras Claves: Fronterizo, impulsividad, necesidad de atención, psicoterapia analíticamente orientada.

Analytical criterion in borderline patients

SUMMARY

The persons with a limit or borderline personality are characterized by having a complicated diagnosis and treatment ¿is he (she) a neurotic patient?, ¿is he (she) a psychotic patient?

These patients are not stable in their behavior and interpersonal relationships.

Frequently, they didn't have enough care in their childhood, so they feel themselves empty, angry and with a big necessity of attention.

The impulsiveness is something constant so promiscuity and the toxic substances abuse can be present.

This work analyze which are the main criteria for the diagnosis, and the most convenient psychotherapeutic management for this kind of patients.

A clinic case and its psychotherapeutic management is shown as an example.

Key Words: Borderline, impulsiveness, attention needing (care), psychotherapy analytics guide.

ARTÍCULO RECIBIDO EL 26 DE AGOSTO DEL 2008 Y ACEPTADO EL 27 DE OCTUBRE DEL 2008.

INTRODUCCIÓN

La personalidad fronteriza es un desorden comprendido como trastorno de personalidad que afecta entre 10 y 20 millones de personas "...es un fenómeno de ámbito mundial, descrito en los Estados Unidos, Inglaterra, Escocia, Suiza, Alemania, Francia, Noruega y Japón. Con toda probabilidad afecta a un 2-3% de los hombres y a un 5-10% de las mujeres"¹.

Los pacientes con este problema se caracterizan por ser inestables en su comportamiento y en sus relaciones interpersonales. A menudo carecieron de los suficientes cuidados durante su niñez, por lo que en la vida adulta se sienten vacías, furiosas y con gran necesidad de atención.

La impulsividad es algo constante por lo que la promiscuidad y el abuso de sustancias tóxicas pueden estar presentes.

Los criterios de analizabilidad para un paciente fronterizo no son parámetros estáticos de los cuales partir, para dar o no una atención psicoterapéutica como podría llegar a entenderse.

Son el conjunto y el resumen de una valoración psicodinámica minuciosa que lleva implícita varias semanas de trabajo con el paciente, en donde tres serían los puntos básicos a valorar:

- 1- El diagnóstico descriptivo del carácter.
- 2- El grado y características de labilidad yoica.
- 3- La calidad de sus relaciones interpersonales.

El primer punto, el diagnóstico descriptivo del paciente debe

incluir la constelación predominante de patología caracterológica, como son los síntomas neuróticos sobresalientes. Así, al diagnóstico de “Personalidad Fronteriza” deben agregarse observaciones estructurales y dinámico-genéticas. Ejemplo de esto, sería un paciente que al final de una evaluación se le describiera con un diagnóstico de Personalidad Infantil y tendencias paranoides con una organización de la personalidad de tipo fronterizo^{2,3}.

El segundo punto, el grado y características de labilidad yoica es un punto importante, ya que nos permite en un momento dado valorar el grado de constancia catéctica existente respecto de un objeto. La relativa estabilidad de esta unión transferencial, con todo, constituye el prerrequisito para el cumplimiento de una tarea analítica que en caso de relaciones narcisistas, dicha transferencia variará en características, dependiendo del estadio del narcisismo en que se encuentre ya que el núcleo patógeno de la personalidad del paciente se activa en la situación terapéutica, entrando en una transferencia específica con el analista. Si la regresión transferencial pudiera llevar a una severa fragmentación del self (núcleo central e indivisible de la personalidad) debido a una importante labilidad yoica. Debe considerarse como un desarrollo desfavorable, y en tal caso, es preferible un manejo que promueva el insight (término psicoanalítico para indicar el roceso psicológico a través del cual se hace consciente lo inconsciente de una manera gradual)⁴ sin producir la fragmentación del self de un yo muy débil^{5,6}.

Esta labilidad yoica se contempla clínicamente como una falta de tolerancia a la ansiedad, la cual se refleja en la medida en que una ansiedad mayor de la que es experimentada habitualmente, provoque en el paciente la formación de nuevos síntomas, o la aparición de una conducta globalmente regresiva. Otra característica es la falta de control de impulsos expresada como una impulsividad errática e impredecible que no es más que el reflejo de un incremento de la ansiedad; y un insuficiente desarrollo de los canales de sublimación, en donde los logros y el goce creativo son los aspectos fundamentales de la capacidad de sublimación y suelen ser los mejores indicadores de la extensión del área libre de conflictos del yo. Su ausencia, es una señal importante de labilidad yoica.

Por otro lado, también el grado y calidad de patología superyoica es importante, se valora observando en el paciente la capacidad que presente para reconocer valores que trascienden su propia satisfacción, cuanto mayor sea su grado de abstracción, mejor se hará la evidencia de su estructura superyoica, aumentando las perspectivas de analizabilidad.

Por el contrario, cuanto más acentuadas, sintónicas con el yo e integradas en la estructura caracterológica del paciente estén las tendencias antisociales, menor es la integración de su superyo y desfavorable su pronóstico.

La medida en que en el individuo alterne rasgos caracterológicos mutuamente incompatibles nos indicará hasta que punto el yo

está escindido.

Así, la no racionalización de las actitudes recíprocamente incompatibles y la tolerancia del yo y del superyo ante sistemas de identificación contradictorios, tienen menos perspectivas de analizabilidad.

Aunque la inteligencia y las dotes naturales son puntos importantes para el análisis de estos pacientes, más importante aún parece ser la presencia de que en el momento culminante del desarrollo de las estructuras superyoicas más avanzadas, (que es entre los 4 a 6 años y/o durante toda la adolescencia), el paciente cuente en ese período, con relaciones objetales que no estén controladas por completo por sus primitivos conflictos, permitiéndole una integración más armoniosa de las demandas y prohibiciones superyoicas reales^{5,6}.

Por otro lado, un factor negativo para la analizabilidad, es la fusión patológica de imágenes “totalmente buenas”. Esta fusión de todos los aspectos “buenos” de las relaciones objetales internalizadas se cristaliza en un concepto del sí mismo idealizado muy irreal, que en presencia de determinadas circunstancias (como un inusual talento, belleza física, inteligencia) se ve reforzado por la realidad y, paradójicamente promueve una mayor adaptación a lo “especial” en el plano real. Este fenómeno es característico de la personalidad narcisista, en tales circunstancias el funcionamiento social puede mejorar en gran medida, pero a costa de la pérdida de la normal diferenciación entre su sí mismo y su ideal del yo (es decir, a costa de una estructura superyoica bien integrada). Así, las graves deficiencias del superyo son típicas de las personalidades narcisistas y comprometen su analizabilidad. En donde, la gravedad de la sicopatología subyacente en estos pacientes suele quedar disimulada por la mejora que experimenta su funcionamiento en un nivel superficial, y en consecuencia es posible que transcurran años de tratamiento psicoanalítico sin lograr modificación alguna.

Un factor especialmente desfavorable para el análisis, es el desarrollo dentro de la estructura caracterológica de los pacientes fronterizos, que presentan una identificación con antiguos precursores superyoicos de tipo marcadamente sádico, en tales circunstancias la destructividad primitiva es incorporada a la estructura yoica que queda sancionada por el superyo y permite la directa manifestación de los impulsos agresivos que representan una seria amenaza a la vida física y psíquica de estos pacientes. Esta categoría reconocida como Narcisismo Maligno se refiere a pacientes que presentan una infiltración de agresión en el self grandioso patológico que caracteriza a la personalidad narcisista; el placer en la crueldad, las perversiones sexuales sádicas, y la auto mutilación experimentada como placentera, son parte de este cuadro. La grandiosidad de estos pacientes está satisfecha por su sentimiento de triunfo sobre el temor al dolor y a la muerte y a un nivel inconsciente, por su sensación de tener control sobre ésta. Algunos pacientes con Anorexia Nervosa pertenecen a este subtipo^{2,3}.

La envidia que estos pacientes muestran hacia las personas de quienes dependen, ya que por lo general se trata de objetos que poseen un sentido intrínseco de amor y que demuestran la intención vocacional de ofrecer bondad a los demás incluyendo al paciente, hace frágil la alianza terapéutica, empobreciendo la oportunidad de análisis.

En cuanto al tercer punto, la calidad de las relaciones interpersonales, cuanto más estables, diferenciadas y emocionalmente profundas sean sus relaciones internas con sus objetos significativos, mejor pronóstico presenta el paciente.

Por otro lado, algunos pacientes con Esquizofrenia crónica parecen “sellarse” y presentar una organización neurótica de la personalidad durante los períodos de remisión, otros se cierran y presentan una “organización” límite, otros más, presentan una regresión psicótica típica cuando se les examina con el enfoque estructural; observándose así diferentes patrones de conducta dependiendo de la persistencia de la estructura de personalidad de cada paciente esquizofrénico.

Esto hace que durante estos períodos de remisión exista la posibilidad de mejorar de manera fundamental la estructura de la personalidad a través de la psicoterapia, y de este modo proporcionar a este tipo de paciente una ayuda adicional contra una quiebra psicótica.

Mencionando estos puntos, pongamos un ejemplo:

Una estudiante universitaria, soltera de 20 años mostraba un comportamiento extraño con gestos teatrales y estallidos emocionales; había manifestado ideas suicidas y tanto sus relaciones sociales como su rendimiento escolar habían sufrido un deterioro. El diagnóstico inicial había sido el de depresión en personalidad histérica. Esta paciente se interesaba mucho en asuntos sociales y políticos, lamentando mucho el no poder haber nada por ellos mientras estuviera sumergida en “este estado de nervios”, Sic. Sin embargo, demostraba al mismo tiempo una total indiferencia cuando se hablaba de sus fantasías suicidas, no disimulaba el hastío que le proporcionaban las entrevistas y lamentaba su incapacidad para tomar las riendas de su propia vida.

En la terapia se le señaló la manera en que se desplaza su preocupación por sí misma hacia los problemas sociales y

políticos, la desvalorización del terapeuta y el modo en que conseguía evadir por sí misma de su comportamiento caótico y despreocupado, con el que buscaba a los demás a hacerse cargo de ella.

Desde el punto de vista técnico se interpretaron las primitivas operaciones de defensa: escisión, negación, omnipotencia, desvalorización a medida en que éstos se pusieron en evidencia durante cada sesión. En el curso de las entrevistas la paciente pasó de mostrar un comportamiento casi psicótico a capaz de pensar. El diagnóstico final fue de: Personalidad infantil con características fronterizas (sin tendencias paranoides) con perspectivas de mejorar bajo tratamiento psicoterapéutico analíticamente orientado.

El manejo de estos pacientes debe ser de dos tipos: el psicofarmacológico, a través de una combinación de antidepresivos, con antipsicóticos esporádicos durante la sintomatología o quiebra psicótica⁷.

Así como el manejo psicoterapéutico, con atención en las relaciones objetales de estos pacientes con la intención de ir reestructurando y fortaleciendo su componente yoico⁸, con la finalidad de ir haciendo la sintomatología más esporádica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heller L. El desorden de la personalidad "borderline" nuevos conceptos de gestión. 1991. www.biologicalunhappiness.com 12-II-2009.
2. Kernberg O. F. Trastornos graves de la personalidad. Ed. Manual Moderno. 1984.
3. Kernberg O.F. Desórdenes fronterizos y Narcisismo Patológico. Ed. Paidós. 1985.
4. Laplanche y Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis. Madrid. Labor. 1996.
5. Kohut H. Análisis del self. Ed. Amorrortu. 1977.
6. Mahler M. Simbiosis humana. Las vicisitudes de la individuación. México. Ed. Fondo de Cultura Económico. 1982.
7. Heller L. El desorden de la personalidad "borderline" nuevos conceptos de gestión. 1991. www.biologicalunhappiness.com 12-II-2009.
8. Kernberg O., Yeomans F., Clarkin J. Psychotherapy for border personality: Focusing on object relations. Ed. American psychiatric publishing. 2008.