

FICHA CLÍNICA Nº 9. LOS CUADROS FRONTERIZOS.



En los últimos tiempos se ha logrado sistematizar un grupo de configuraciones psicopatológicas que, compartiendo una forma específica y estable, ocupan un área limítrofe entre las neurosis y las psicosis, y que han sido denominadas “*organizaciones fronterizas de la personalidad*” y/o “*cuadros fronterizos o borderline*”.

De este modo, categorías como “esquizofrenia ambulatorio”, “esquizofrenia pseudoneurótica”, “personalidad preesquizofrénica”, y otras, han logrado una sistematización diagnóstica en la Psiquiatría contemporánea: D.S.M.-III; ICD-9-Clinical Modification y en la actual psicología del Yo y de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales (M. Klein, W. Bion, O. Kernberg, H. Kohut, y otros).

Estos cuadros presentan, como denominador común, una alteración en la función de identidad, relativa conservación del juicio de realidad y la expresión directa de impulsos primitivos (acting out), a diferencia del destino de las pulsiones en cuadros propiamente neuróticos en donde éstas sufren la represión o la gratificación en el síntoma.

EL SÍNDROME

Sintomatológicamente la rabia constituye la expresión emocional más comúnmente encontrada, así como una falta de consistencia en la identidad del self (sí mismo). El paciente tiene un confuso sentido de sí mismo, deficiente capacidad de relación interpersonal afectiva profunda; sus expresiones de afecto conllevan un importante elemento autodestructivo (sexualidad, autoabandono, autodenigración, intentos suicidas,...), y anhedonia o incapacidad para experimentar placer creativo o satisfacciones. Conducta social y afectiva superficiales y transitorias (aunque simulen lo profundo), y en relaciones de mayor estabilidad - si es que las hay, pues en general se observa un apego patológico a los vínculos parentales originales -, se observa tendencia a grandes dependencias y también a fuertes estallidos de rabia.

La sexualidad frecuentemente es promiscua y perversa (en la connotación psicoanalítica), o hay ausencia de vida sexual, con un afecto rabioso y fanático hacia las expresiones sexuales de los otros. Igual actitud existe en relación a drogas y alcohol, pudiendo observarse breves episodios psicóticos, trastornos disociativos de la conciencia, desrealización y despersonalización, en situaciones altamente estresantes.

En base a estos criterios, Perry y Klesman han elaborado una síntesis de los factores comunes a los cuadros fronterizos.

I. Examen mental

- Apariencia y conducta, apropiada, adaptativa
- Rabia expresada en múltiples formas
- Negación de ideas acerca del self
- Superficialidad afectiva
- Ausencia de trastornos asociativos
- Deficiente juicio de realidad

II. Historia personal

- Episodios psicóticos breves
- Conducta errática e impredecible
- Automutilación, intentos de suicidio
- Abuso de alcohol y drogas
- Desviaciones sexuales

III. Relaciones interpersonales

- Escaso compromiso emocional (paciente distante)
- Relaciones cercanas excesivas, dependientes, exigentes.
- Rabia elicitada en intimidad emocional

IV. Mecanismos de defensa

- Externalización (culpa a los otros)
- Acting Out (tensión o rabia de cualquier origen)

V. Funcionamiento de la personalidad

- Superficialidad emocional
- Difusión de identidad (falta de identidad de self)

ENFOQUE PSICOANALÍTICO

En otra perspectiva, la denominación “fronteriza” queda reservada a aquellos pacientes que presentan una organización caracterológica crónica que no es ni típicamente neurótico ni típicamente psicótica y que está caracterizada por: 1) configuraciones sintomáticas típicas; 2) una configuración típica de maniobras defensivas del yo; 3) una patología típica de las relaciones objetales internalizadas, y 4) rasgos genético-dinámicos típicos.

Otto Kernberg ha aportado a la comprensión de lo borderline al considerarlo como una estructura patológica permanente de la personalidad, en la que existiría una marcada perturbación de la función de identidad, con mantención de la función de realidad, y que se basaría en la utilización predominante de mecanismos de defensa primitivos (idealización primitiva, negación, identificación proyectiva, omnipotencia y devaluación), estructurados en torno a mecanismos de “escisión”, (splitting). Este último reflejando a las representaciones del “self” y de los objetos, escindidos en “totalmente buenos” o “totalmente malos” - en detrimento de los normales procesos de interacción que cristalizan una identidad yoica estable -, y dando lugar al “síndrome de difusión de identidad”, y a una desviación hacia el pensamiento de proceso primario.

I. Manifestaciones no específicas de debilidad del yo

- Falta de tolerancia a la ansiedad
- Falta de control de impulsos
- Insuficiente desarrollo de canales sublimatorios

II. Desviación hacia el pensamiento de procesos primarios

III. Predominancia de primitivos mecanismos de defensa

- Escisión (síndrome de difusión de la identidad)
- Idealización primitiva
- Negación
- Omnipotencia y Desvalorización
- Identificación proyectiva

IV. Patológica relación de objetos internos

SUBTIPOS CLÍNICOS

Clínicamente, la manifestación de los cuadros fronterizos varía dependiendo de la intensidad de los síntomas o conductas observadas o de la estabilidad o “adaptabilidad” de la organización de personalidad para el paciente, lo que ha dado origen a una clasificación de subtipos, elaborada por Grinker, utilizando análisis factorial.

Tipo I, bordeando la psicosis; **Tipo II**, o Borderline propiamente dicho; **Tipo III**, adaptativo, defensivo o personalidades «como-si» (as-if), similar a las personalidades “como-si” descritas por Helen Deutsh, también llamada “personalidad camaleónica” (chameleon like personality), por ser pacientes cuya falta de identidad se evidencia en su tendencia a adaptarse defensivamente a cualquier persona, ambiente o situación (por ejemplo, si está con revolucionarios actuará como tales; si comparte con aristócratas adoptará sus modales y costumbres; en medio de tahúres se comportará como uno de ellos; en la consulta adopta gestos y ademanes del psicoterapeuta o acepta ciegamente todo cuanto éste diga o haga); **Tipo IV**, bordea la neurosis, con características fuertemente egocéntricas, el paciente actúa como entitulado, situándose por encima de todas las cosas y con derecho a privilegios, dependencia infantil y ausencia de identidad, resultando de un gran parecido con el carácter neurótico esquizoídeo y/o carácter neurótico narcisista.

CUADRO SINÓPTICO DE “FRONTERIZOS”

I. Características comunes

Síndrome de difusión de identidad

Trastornos del logro y/o goce creativo

Rabia como afecto predominante

Relaciones efectivas inestables y deficientes

II. Características de los cuatro subtipos

TIPO I: El fronterizo psicótico

- 1) Conducta inapropiada, no adaptativa
- 2) Sentido deficiente de la realidad y del self
- 3) Expresión de rabia y conductas negativas
- 4) Funcionamiento psicótico y Depresiones.

TIPO III: Personalidad “como-sí”

- 1) Conducta adaptativa apropiada, “hiperadaptación”
- 2) Relaciones vinculares complementarias
- 3) Afecto escaso, falta espontaneidad
- 4) Defensa de aislamiento e intelectualización

TIPO II: El propio síndrome Borderline

- 1) Relaciones efectivas inestables
- 2) “Acting Out” de rabia, “exoactuaciones”
- 3) Depresiones frecuentes
- 4) Identidad del self inconsistente

TIPO IV: El fronterizo neurótico

- 1) Funcionamiento esquizoídeo
- 2) Depresión anaclítica
- 3) Ansiedad Masivas y desorganizantes
- 4) Similar al carácter narcisista y/o esquizoídeo

(Extraídos de los Archivos Indepsi. Publicado en Correo de Psicoterapia nº 5, 1991)

Volver a Fichas Clínicas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.