

Artículo: Revista de Psicoterapia de la República Argentina.
Autor: Lic. Lydia Tineo. PhD. (cond)
Centro de Terapia Cognitiva.

TRASTORNO BORDERLINE

Acerca de su epidemiología:

Investigaciones publicadas en el último lustro en diversas geografías acerca de la frecuencia diagnóstica de patologías de la personalidad de tipo borderline, coinciden en señalar la detección de una tendencia progresiva de crecimiento en la población general tomada como referencia.

Si bien no existen publicaciones científicas lo bastante representativas de las diversas geografías como para configurar un mapa de su frecuencia, lo cierto es que parece ya instalada una preocupación acerca de su presencia en países y ciudades densamente poblados de América del Norte y Europa. Sólo en este último continente hay investigaciones en curso sobre ellos en países como: Inglaterra, Alemania; Holanda; Francia; Noruega; Finlandia; Austria; Bélgica y Portugal.

En USA, estudios epidemiológicos publicados de indican que su prevalencia como patología mental es semejante a la de la Esquizofrenia, dado que ambas se acercan al valor del 1%. (Gunderson, J. G; et al 2004) Estudios posteriores acerca de epidemiologías psiquiátricas-psicológicas, (Torgensen, S; Asociación de Psiquiatras Americanos; 2005) consignan que entre el 1-2% de la población general en USA presenta Trastorno de Personalidad Borderline.

Estudios realizados en Europa de publicación reciente, lo señalan como un trastorno de alta predominancia diagnóstica en poblaciones forenses, en las que los datos analizados mostraron que entre el 75-90 % de este tipo de población resultó con diagnóstico de Trastornos de Personalidad, de los cuales los dos tercios correspondieron al del tipo Borderline. (de Ruiter y Greeven; 2000; Hildebrand y de Riuter; 2004; Young-Tineo, 2005; 2006)

Desafortunadamente los estudios epidemiológicos acerca de los Trastornos de Personalidad en general y de los Borderline en particular son aun insuficientes para realizar proyecciones estadísticas válidas acerca de su peso proporcional en el conjunto de patologías mentales y su representatividad en la población general. Sin embargo es recomendable no dejar de tomar en cuenta tanto los datos de estudios publicados, como la información no formalizada que circula en el campo de la tarea clínica, señalando el creciente incremento de casos de este tipo que demandan tratamiento en consultorios, instituciones y ámbitos de supervisión clínica, dado que es altamente probable que estos, aunque informales, contengan el valor de una descripción preliminar de la realidad clínica actual.

Por otra parte en el transcurso de su tratamiento, no sólo son los que registran los niveles de deserción más altos al tratamiento, sino que simultáneamente muestran una marcada tendencia a recaídas post internación psiquiátrica, en una proporción que supera hasta en 7 veces las de los casos de esquizofrenia. Reunidos como indicadores asociados al mismo trastorno, conforman una combinación de datos poco tranquilizadores hacia los que parece conveniente enfocar la atención para

observarlos detenidamente desde dos puntos de vista: a) Su etiología y posibilidad de prevención y b) el incremento de la efectividad en los resultados terapéuticos.

Algunas Creencias prevalentes acerca de TPB:

La actitud de revisar ciertos conocimientos que parecen establecidos es una práctica saludable en la orientación cognitiva, que es usada en el contexto terapéutico como medio para depurar los conocimientos desde los que el paciente parte para evaluar las realidades de los contextos en los que se manifiestan sus conflictos.

Esta actitud que es un denominador común más o menos explícito de las diferentes variantes cognitivas de psicoterapia, contribuye a verificar la vigencia de los conocimientos al momento de su revisión, ya que constituyen la información básica desde la que se evalúan, se toman decisiones y se emprenden las estrategias de acción. Es un procedimiento que protege de cometer errores al partir de falsas premisas, instaladas como válidas por los eventuales beneficios rendidos para la “economía psíquica”.

Dado que los resultados de estas revisiones siempre resultan benéficos, aún en los casos en que durante el proceso se confirme su vigencia, parece oportuno revisar algunos presupuestos acerca de los pacientes Borderline que conllevan el riesgo de funcionar inadvertidamente como falsas premisas obstaculizadoras.

Es una sicopatología con predominio de género?

Si bien se ha reportado que entre los pacientes que reciben terapia para este tipo de trastornos, el 80% son mujeres, (Gunderson, J. G. et al 2004) lo que tal vez ha contribuido a generar la idea que es una patología que se presenta predominantemente en el género femenino, estudios recientes provenientes del campo de la neuropsicología aportan información esclarecedora que tiende a ampliar los alcances de dicha atribución. En ellos parece establecerse la existencia de diferencias en cuanto a la expresión sintomática características en ambos géneros, que se sugieren vinculadas a diferencias en procesos neurobiológicos asociados al complejo mecanismo de neurotransmisión, desde los que comienza a abrirse una ventana de observación hasta ahora poco explorada de la expresión de los síntomas borderline,

Este mecanismo es sensible a efectos de los niveles hormonales circulantes, cuyas consecuencias sobre circuitos activadores e inhibitorios inciden en la emotividad e impulsividad, los que tienden a tener fluctuaciones más frecuentes y extremas en ciertas etapas vitales en la población femenina, mientras que parecen tener una fluctuación de niveles establemente más constante en poblaciones masculinas.

De este modo la perspectiva neuropsicológica parece señalar cierta evidencia acerca de que la modalidad de expresión del trastorno, puede tener diferencias propias en ambos géneros asociadas a efectos químicos sobre la transmisión sináptica propias de la neurobiología de cada género.

Es propia de individuos clase social baja y escaso nivel de educación?

Otra creencia que pareciera refutada por la tarea clínica, es la de tender a considerar a estos trastornos como asociados predominantemente a individuos de clase social baja y escaso nivel de educación, como lo han señalado algunas publicaciones. (Samuels J; Eaton et al; 2002).

Actuales investigaciones provenientes del campo de la neuropsicología en las que se evalúan las Funciones Ejecutivas de estos pacientes, sugieren que las disfunciones específicas en pacientes B. parecen ser bastante más independientes de la clase social y nivel de educación respecto a su etiología. Según datos preliminares de investigación actualmente en curso en Buenos Aires que tienden a contradecir este supuesto, es probable que ambos aspectos puedan resultar indicadores relevantes de la posible evolución y pronóstico de aquellos casos que detentan esas dos características, que representativo de condiciones etiológicas generales para los pacientes borderline.

Es una patología que tiende a mejorar espontáneamente con el tiempo?

Una idea bastante predominante es que una mayoría considerable de los pacientes con TPB tienden a mejorar con el paso del tiempo, en un recorrido progresivo en el que según algunos reportes llegan a mostrar un funcionamiento normal entre los 35 y 40 años, afirmando que el 90% de los casos mejoran antes de los 50 años, aun aquellos casos que cursen con un espectro sintomático grave que incluya reiterados intentos de auto-daño. (Paris, J; 2003) La excepción para esta apreciación corresponde a aquellos casos que efectivamente llegan a concretar el suicidio, lo que ocurre en proporción de 1 caso de cada 10 pacientes según consignan publicaciones. (Paris, J; 2003; Gunderson, J. et al 2004)

Aunque los autores de esas investigaciones consideraban que los mecanismos por el que los pacientes Borderline llegaban a recobrase no resultaban plenamente comprensibles, las hipótesis tentativas de explicación de estos datos se asociaron al decrecimiento de la impulsividad con la edad, al aprendizaje de evitación de situaciones problemáticas y a que finalmente lograban establecerse encontrando espacios o huecos en los que estructurar la satisfacción de sus necesidades.

Es posible que ampliar el foco de atención incluyendo otros aspectos antes mencionados y algunos nuevos surgidos de las investigaciones acerca de estos pacientes, permitan en el futuro llegar a hipótesis de explicación más específicas acerca de los factores implicados en su mejoramiento y el peso relativo de ellos sobre el resultado de su evolución.

Parece bastante probable que el hecho de que los datos de las investigaciones sobre las que ampliamos nuestro conocimiento de pacientes de este tipo, resultan de muestras poblacionales compuestas por mujeres en una proporción que oscila entre el 80% y el 100% de los casos de estudios publicados, produzcan sesgos en la información que escondan o incrementen el peso de algunos aspectos en detrimento de otros. Relacionando estos datos con los mencionados antes acerca del mejoramiento espontáneo en el 90% de los casos al llegar a los 50 años, etapa declinatoria de fertilidad femenina y de estabilización de niveles de estrógenos, es más probable que la significación de esta información aumente su peso confirmatorio respecto al mejoramiento asociado a la atenuación de la reactividad emotiva e impulsiva, cuando lo consideramos de valor pronostico para poblaciones borderline femeninas.

Por otra parte, la revisión de la evolución sintomática discriminada por género, puede enriquecerse con aportes de otras disciplinas, entre otras la psiconeuroendocrinología, que podrían develar información hasta ahora poco tomada en cuenta, respecto de los efectos conjuntos como inhibidores-estimuladores de la conducción sináptica, entre

distintos circuitos cerebrales interactivos y sus regulaciones neuroquímicas bajo circunstancias de estrés y fluctuaciones de niveles hormonales circulantes característicos, dado que tienen un peso considerable en la regulación de la emotividad y la impulsividad, aspectos centrales en la expresión sintomática borderline.

Perspectiva Vigente acerca de su etiología

Respecto de estos pacientes la premisa vigente acerca de su etiología es la existencia de factores etiológicos caracterizados como de tipo Bio-social, en los que se conjugan dos aspectos: Vulnerabilidad Biológica y Medio Ambiente Invalidante; Ambos aspectos son condición necesaria pero no suficiente.

También se han establecido fehacientemente ciertas alteraciones en su funcionamiento cognitivo, denominadas más precisamente Funciones Ejecutivas, que no resultan independientes de lo anterior.

Para desmitificar el tema de la Vulnerabilidad Biológica puede resultar esclarecedor un ejemplo común de diferencia en el rango normal de sensibilidad que no implica necesariamente patología, como la sensibilidad a la luz.

Si representáramos los rangos de sensibilidad en una escala de menor a mayor y ubicáramos en ellos a los individuos en función de su sensibilidad al estímulo luminoso, los que quedaran ubicados entre los de mayor sensibilidad tendrían sin duda mayor vulnerabilidad ante los rayos más intensos y sus respuestas reactivas mayor notoriedad e intensidad, lo que los mostraría diferentes tanto de los ubicados en el medio de la escala como de los que comparten el extremo de menor sensibilidad.

Del mismo modo ocurre con las necesidades básicas de nutrientes, contención, cuidado y demás, que evolutivamente connotan necesidades psicológicas en tránsito progresivo hacia su complejización y maduración.

En cuanto al Medio Ambiente Invalidante, resultan bastante más esclarecidas las características de sus alcances dado que desde el campo de la clínica es bastante más conocido por los datos que surgen de revisiones de la historia infantil, las consecuencias notorias de efectos que diversos tipos de situaciones traumáticas implican para el psiquismo en evolución y el grado de gravedad en que pueden impactar en la salud psíquica.

En la interacción de ambos factores, mientras la Vulnerabilidad Biológica propicia en el individuo en evolución una serie de regulaciones neurobiológicas diferentes a los que no la poseen, haciéndolos más sensibles y reactivos a estímulos y necesidades que para otros pueden resultar neutros o irrelevantes, la simultánea conjunción con un entorno infantil de características incompatibles con la posibilidad de desarrollar una personalidad saludable, transforman al medio en una fuente continua de estrés, consecuente a la deprivación sistemática de necesidades genuinas. Juntas configuran un circuito de retroalimentación, que durante el desarrollo madurativo neurobiológico y psíquico, actualizan e incrementan de modo constante dicha vulnerabilidad

El grado de patología resultante varía en función de las magnitudes de vulnerabilidad y toxicidad que se conjugan en la ecuación configurada.

Se ha postulado que en las Esquizofrenias el nivel de Vulnerabilidad Biológica es el que tiene el mayor peso en la ecuación que planteáramos, (Brenner, H; and Böker, W; 1989) mientras que en los Trastornos de Personalidad en general tiene mayor importancia el entorno infantil, excepto en los de tipos Borderline y Narcisista en los que ambos aspectos parecen tener una preponderancia equilibrada. (Young, J; 2003)

Alteraciones en el Funcionamiento cognitivo:

La presencia de los aspectos mencionados durante el desarrollo del individuo aún en maduración neurobiológica, produce una serie de efectos neurocognitivos específicos, que interfieren la adecuada accesibilidad a experiencias y procesos de aprendizaje, necesarios para reforzar la adquisición y el dominio de las Funciones Ejecutivas.

Si recordamos que tanto la maduración neurobiológica como la estructura de personalidad concluyen su evolución al finalizar la adolescencia, puede resultar bastante más comprensible su entrelazamiento con las funciones ejecutivas.

Una consecuencia directa es que estas funciones tienden a resultar *disfuncionales* ante circunstancias específicas, dando lugar a alteraciones durante la ejecución cognitiva, cuyos resultados distorsionados son congruentes con los síntomas típicos de estos trastornos. De este modo el individuo no sólo queda desprovisto de la principal herramienta con la que cuenta para manejarse con la realidad, sino que dado que la dificultad no es constante sino asociada a aspectos circunstanciales, difícilmente puede “darse cuenta” de los “errores” en sus valoraciones y juicios.

Las Funciones Ejecutivas incluyen un grupo de habilidades cognoscitivas cuyo objetivo principal es facilitar la adaptación del individuo a situaciones nuevas y complejas independizándose de las conductas habituales y automáticas, (impulsivas) que podrían limitar la flexibilidad necesaria para acceder a la mejor respuesta dentro del rango de las posibles en una situación dada.

Relevando datos de investigaciones acerca de los aspectos del funcionamiento cognitivo de estos pacientes, Joel Paris (Paris J; 2005) sintetiza los publicados señalando que en el 40% de los casos de un total de 50 de pacientes con TPB se encontró que presentaban pensamientos cuasi-psicóticos, (Zanarini, M. C; 1990) que el 27% de un total de 92 pacientes con TPB experimentaron episodios psicóticos; (Miller, F. T et al; 1990) y que en los estudios realizados los síntomas psicóticos resultaron en todos los casos predictores de conductas de auto-daño. (Dowson, J. et al; 2000)

En un estudio mas reciente de evaluación de funciones ejecutivas en mujeres hospitalizadas con trastorno borderline cuyo rango de edad oscilaba entre los 18 y 40 años, los investigadores concluyeron que estas presentaban dificultades en la toma de decisiones ante situaciones inciertas, poco especificadas o impredecibles, especialmente al momento de ponderar la relevancia emocional de un esquema de acción particular, entre las diversas opciones de respuesta disponibles para la situación dada. (Cervantes Navarrete y otros; 2008)

Este breve recorte de datos que implican claramente la participación de las funciones ejecutivas y su disfuncionalidad selectiva en la producción de los síntomas cognitivos borderline, realza la necesidad de dirigir las investigaciones mas específicamente hacia

el comportamiento de estas funciones en ellos, cuales estímulos resultan detonantes y en que grado de severidad, contribuyendo a esclarecer de la dinámica implicada en la disfunción.

De hecho, este tipo de datos no dejarían de tener consecuencias sobre la eficacia de los tratamientos, al perfilar estrategias adecuadas para la rehabilitación de las funciones comprometidas en aquellos procesos en que ponderaciones, decisiones y elección de respuestas se mostraran afectadas.

Medio Ambiente Invalidante.

Tomando como punto de partida el aspecto etiológico de Vulnerabilidad Biológica en el que profundizamos anteriormente, es comprensible que la satisfacción de las necesidades emocionales internas del individuo que posea esa característica, tengan desde su nacimiento connotaciones que aunque esencialmente sean semejantes a las necesidades de las demás personas, resulten dimensionalmente diferentes.

De ese modo, las necesidades básicas que en esencia son universales y usualmente provistas adecuadamente por el entorno primario, suelen ser difíciles de decodificar por el contexto proveedor cuando sus magnitudes son inesperadas. En esos casos suelen ser escasamente satisfechas en relación a lo necesitado, sobre todo cuando la sintonía emocional entre el niño y su ambiente es deficitaria.

Los dos modelos terapéuticos considerados actualmente como los más efectivos para el tratamiento de estos trastornos convergen en esta perspectiva etiológica y son también los que tienen una larga trayectoria en la realización de investigaciones de resultados terapéuticos. Nos referimos a la Terapia de Esquemas de Young, (Young J; 1990; Young, J; et al; 2003) y la Cognitiva Conductual Dialéctica de Marsha Linehan. (Marsha Linehan; 1992; 1993) En la misma perspectiva coincide el modelo basado en la Mentalización, de más reciente aparición. (Bateman Anthony y Fonagy Peter; 2004)

Entre los modelos mencionados, la Terapia de Esquemas, que es considerado uno de los que proporciona mayor posibilidad discriminativa de factores explicativos de la dinámica interna del trastorno, fue validado en varias investigaciones de resultados llevadas a cabo en Europa y publicadas recientemente. (Giesen-Bloo, et al; 2006; Tineo, L; Young, J; 2005; Tineo, L; Young, J; 2006; Berstein, D; 2008)

Sintetizamos a continuación algunos datos de un estudio comparativo de resultados de procesos terapéuticos completos, con seguimiento hasta 1 año post tratamiento, llevados a cabo mediante Terapia de Esquemas y Terapia Psicodinámica Centrada en la Transferencia de Otto Kemberg,

En este estudio, se tomaron en cuenta Categorías de Mejoría, que se construyeron en función de indicadores que incluían no sólo la disminución de las conductas suicidas y autodestructivas, sino la estabilidad y permanencia cambios hasta un año después de la finalización del tratamiento en la estructura de la personalidad. Incluimos solo dos de las categorías de mejoramiento: *Curados (C)*; *Mejora Muy Significativa (MMS)*; y la sumatoria de ambas (*C+MMS*) que fue considerada indicador de la proporción de beneficios máximos obtenidos por los pacientes a consecuencia de la terapia recibida.

Terapia de Esquemas: $C=50\%$; $MMS=16\%$; $C+MMS=66\%$ de beneficio.
 Terapia Psicodinámica: $C=25\%$; $MMS=15\%$; $C+MMS=40\%$ de beneficio.

La Terapia de Esquemas, que fue evolucionando progresivamente desde su aparición en 1990 con el objetivo de incrementar la eficacia terapéutica en pacientes con trastorno Borderline, toma el tema las *necesidades infantiles insatisfechas* como uno de los aspectos claves del modelo, considerándolas como el punto de origen de los Esquemas Disfuncionales Tempranos. El peso relevante de las necesidades en el trastorno de la personalidad, se explica por la participación de los esquemas en la evaluación que realiza el paciente en las situaciones en su vida cotidiana. La intrusión de los esquemas disfuncionales en aspectos emocionalmente relevantes, se consideran la eclosión de esas necesidades infantiles morosamente insatisfechas, que resultan perseverantes e inflexibles y explican la persistencia de las secuencias sintomáticas problemáticas.

Dado que este es un modelo terapéutico que las identifica y describe explícitamente, mostrando las secuencias y conexiones en la elaboración de las reiteradas situaciones problemáticas de los pacientes, enumeramos las necesidades básicas infantiles que este autor propone en su modelo terapéutico:

Necesidades Básicas Infantiles del Modelo de Esquemas

1. Apego seguro a los otros. (incluye seguridad, estabilidad, nutrición y aceptación)
2. Autonomía, competencia y sentido de identidad.
3. Libertad para expresar sus válidas necesidades y emociones.
4. Espontaneidad y juego.
5. Límites adecuados y control de sí mismo.

La diferencia entre las necesidades y la satisfacción adecuadamente regulada de ellas, son para el niño en evolución experiencias nocivas de déficit que se repiten regularmente a través de la infancia y adolescencia, cuya toxicidad por efecto acumulativo, lo conducen hasta la configuración plena de Esquemas. Ellos, basados en representaciones reales de su entorno infantil, cargan de validez el tono del clima emocional vivido en ese ambiente, que perseverante, inflexible y automáticamente aplicados en su ambiente actual, resultan disfuncionales al nuevo contexto.

Los 18 Esquemas Disfuncionales Tempranos (EDT) que el modelo describe asociados linealmente a los cinco tipos de necesidades básicas infantiles insatisfechas, han sido evaluados discriminando su presencia diferencial en los distintos Trastornos de Personalidad.

Los Esquemas implican creencias acerca de sí mismo y los demás que pueden ser de dos tipos, en función de si se configuraron como Primarios (las creencias que contienen son incondicionales) o Secundarios (las creencias que contienen son condicionales) Desde la perspectiva de la persona que construyó EDT primarios, las creencias incondicionales contenidas en él son verdades absolutas acerca de sí y los otros, generándole la certeza de que nada puede hacer para cambiarlas, a diferencia

de las contenidas en sus EDT secundarios, desde las cuales puede suponer alguna probabilidad de modificación.

. Los nombres con que se identifican los esquemas permiten tener una idea orientadora acerca de los temas de las creencias que contienen, por los que incluir el listado de Primarios y Secundarios puede facilitar una idea acerca de temas de creencias y niveles de dificultad esperable para el cambio.

Esquemas Disfuncionales Tempranos Primarios y Secundarios

<i>EDT INCONDICIONALES ó PRIMARIOS</i>	<i>EDT CONDICIONALES ó SECUNDARIOS</i>
1. Abandono-Inestabilidad.	14. Sometimiento.
2. Desconfianza-Abuso.	15. Auto-Sacrificio.
3. Deprivación Emocional.	16. Búsqueda de Reconocimiento- Aprobación.
4. Defectuosidad.	17. Inhibición Emocional.
5. Aislamiento Social.	18. Estándares Inalcanzables- Hipercrítica
6. Dependencia-Incompetencia.	
7. Vulnerabilidad a Daño- Enfermedad.	
8. Indiscriminación-Self sin Desarrollar.	
9. Fracaso.	
10. Negativismo-Pesimismo.	
11. Castigabilidad.	
12. Sobre-valoración-Grandiosidad.	
13. Insuficiente Auto-Control- Autodisciplina.	

Retomando la propuesta inicial de considerar los Trastorno de Personalidad Borderline al menos desde dos aspectos principales: a) Su etiología y posibilidad de prevención y b) el incremento de la efectividad en los resultados terapéuticos, revisaremos un caso clínico sintetizando la información necesaria, a la que analizaremos desde el punto de vista de la Terapia de Esquemas para tomar en cuenta ambos aspectos.

Caso Clínico

En la clínica, la punta visible de un Esquema puede dejarse ver en la consulta de Marcos un paciente de 36 años que acude luego de su reciente segundo divorcio, preocupado acerca de que en su vida se repite por segunda vez esta situación de ruptura de pareja formal, de la que relata: “tengo la sensación constante (igual que en la anterior ocasión) de sentirme abandonado, a pesar de que en las dos ocasiones fui yo el que planteó la separación. En las últimas discusiones con ella se lo eché en cara y me puse furioso cuando me contestó que estaba loco, que era yo el que me quería separar y la abandonaba. Y la verdad es que sí, con todas las que salí, la corté yo la relación porque siempre sentía lo mismo”

El siguiente es un fragmento de la tercera sesión del paciente, dedicada al rastreo y evaluación de posibles Esquemas Disfuncionales Tempranos de Abandono, en la que se alternan fragmentos textuales significativos del proceso histórico de construcción de esquemas que fueron expresados por M. durante la revisión (los fragmentos

textuales aparecen “entre comillas” en los relatos extractados que rescatan la secuencia de sesión. Los signos de interrogación indican preguntas del terapeuta.

¿? “Siento que no me quiere lo suficiente, ni es cálida, ni me presta atención. Como que no le importo y no es que yo no se lo diga, cuando me empiezo a cansar les reclamo de mil formas y eso empieza a generar peleas, hasta que me convenzo que estoy esperando en vano, que eso no va a cambiar, decido que lo mejor es separarse”

Al preguntarle qué lo había convencido que su espera era en vano, Marcos desgrana en su relato hacia el pasado experiencias semejantes repetidas. Alentando su colección retrospectiva llegamos a un episodio familiar en el que por una crisis económico laboral su padres perdieron la casa donde vivían en la ciudad de Córdoba por lo que la familia se “disgregó” durante casi un año. Sus padres partieron solos al sur, buscando reconstruir la estabilidad perdida, mientras los hermanos de 8, 5 y medio y 3 años fueron repartidos en casa de familiares bastante distantes entre sí. M. tenía entonces 5 años y medio y de la convivencia con dos tías de su mamá, “solteronas y maestras” quedaron pocos recuerdos:

“Largas tardes de invierno jugando solo en el jardín del fondo hasta que me llamaban a tomar la leche, mis corridas cuando sonaba el timbre a ver si eran mis padres que me venían a buscar. Fue una larga espera y recuerdo la alegría que tenía el día en que: ¡Por fin, finalmente! vinieron a buscarme. Al llegar, supercontento, me encontré con mis hermanos”.

Aunque los padres trabajaban mucho y ellos se debían arreglar bastante solos estaba muy contento por el reencuentro. Después se enteró que sus hermanos habían sido “rescatados antes”, según decía su mamá, agregando:

“Nunca terminé de entender por que yo fui el último en ser rescatado, varios meses después que ellos. Se ve que el tema me intrigaba bastante porque le preguntaba a mi hermano mayor que me gastaba y me contestaba distintas cosas: porque te quieren menos, porque vos sos el más tonto, el liero, el torpe. Y ahí me ponía como loco... porque yo era muy inquieto, hiper-activo le había dicho el pediatra a mamá.”

¿? “Mi hermano empezó a usar el tema del último rescatado para amenazarme con decirle a mamá que me deje otra vez con las tías.”

¿? “Cuando no quería hacer lo que me mandaba, las camas, vestir a mi hermanito, algún mandado, me decía lo mismo. Lo peor es que yo se lo creía y me ponía como loco, peleaba en serio pero él tenía mas fuerza que yo, me vencía. Cuando nos encontraban peleando y yo le contaba que me cargaba, mamá decía: Cosas de chicos, no le hagas caso. Pero no le daba demasiada importancia”.

¿? “Hasta cuando peleámos por eso? Y...bastante tiempo, peleas grandes...creo que la última pelea grossa la tuvimos cuando yo estaba terminando el secundario y....Si, por ahí....Después ya fueron más esporádicas...siempre quedó...como una sensación de estar a la defensiva con el. Creo que por eso en cuanto pude, me vine a Buenos

Aires a estudiar y...después me quedé acá. No me costó para nada quedarme aquí, ni me interesó volver a vivir allá cuando terminé los estudios.”

¿? “No, no peleaba solo con él,...era bastante peleador en el colegio...notas en el cuaderno, amonestaciones en el secundario y eso.”

¿? “Sí, todavía soy de pelear,...menos que en esa época,...pero soy de pelea fácil. Debe ser por eso que tengo pocos amigos”

a) Etiología: Hipótesis desde el caso M:

1-Posibles Indicadores de Vulnerabilidad Biológica;

a) Previos a crisis familiar.

Los indicadores sugerentes del relato: La caracterización del pediatra como “hiperactivo”, las posibles dificultades de impulsividad que podrían haber generado durante la infancia los calificativos: liero, torpe, tonto en los comentarios del hermano, los que parecen instalados en la perspectiva con que lo describe, antes de la etapa de “disgregación” familiar.

b) Posteriores a Crisis Familiar:

Entre los indicadores posteriores a la reintegración familiar, su auto-evaluación: “me ponía como loco”, la mención de dificultades de conducta escolar habitualmente asociadas a impulsividad, que parecen estar presentes aún hoy en la vida relacional del sujeto “soy de pelea fácil, que M. asocia causalmente a “tengo pocos amigos” y sus reclamos en el área de los afectos connotados más de emotividad (primarios) que de afectividad (maduros). El foco que nos lleva a seleccionar estos datos del relato está puesto en la búsqueda de indicadores de sus relaciones interpersonales, que parece estar revelando dificultades en las relaciones interpersonales de larga data.

La secuencia histórica de los posibles indicadores, parecen revelar características intrínsecas de M, preexistentes a la etapa crítica familiar, presentes actualmente. Su magnitud, consecuencias y tipos de situaciones detonantes en el pasado y en la actualidad permitirían evaluar su sensibilidad y vulnerabilidad.

2) Posibles indicadores de Medio Ambiente Tóxico - Teoría de Esquemas.

En el caso M, hay una sucesión de episodios durante la infancia que indican situaciones críticas de efecto traumático, que pueden detectarse sus secuelas en el relato y orientan la indagación: el primer vector de rastreo está guiado por la hipótesis de EDT de Abandono fundado en el motivo de consulta, la historia infantil que se va develando en el diálogo devela una secuencia sostenida de experiencias de frustración temprana de las siguientes necesidades básicas: a) de apego seguro, estabilidad, contacto y aceptación b) límites adecuados y control de sí mismo y c) libertad para expresar sus valideras emociones y deseos.

El esquema de *Abandono* asociado usualmente a la insatisfacción de la necesidad a) de apego seguro es consistente con las características de apego conflictivo que sugiere el relato, en el que también aparecen indicadores de

presencia del EDT: *Deprivación Emocional*, (de nutrición afectiva, empatía, calidez y protección) consecuente con la frustración de la misma necesidad mencionada. El fragmento muestra indicadores de EDT: *Insuficiente Auto-Control y Auto-Disciplina*, que se vincula con la frustración de la necesidad b) de límites realistas y autocontrol y de EDT: *Inhibición Emocional* generado por la insatisfacción de c) libertad para expresar sus propias necesidades y deseos.

Conclusiones de evaluación en el caso M.

En este sintetizado recorte de entrevista clínica del caso M, la información que surge permite relacionar los conflictos actuales de la vida del paciente, la recurrencia histórica de sus temas, los EDT subyacentes a esos conflictos y la verificación de características que invalidan la posibilidad de un saludable desarrollo de su estructura de personalidad durante el período más importante de su desarrollo evolutivo.

Las necesidades básicas insatisfechas en su entorno infantil temprano rastreados en esta primera evaluación son congruentes con los indicadores de esquemas configurados. Los cuatro EDT de los que aparecen indicadores fuertes en la entrevista (3 Incondicionales ó Primarios y 1 Condicional ó Secundario) son habituales en pacientes con trastorno borderline.

Usualmente en estos trastornos suelen sumarse a los encontrados hasta aquí en M otros cuatro o más, siendo los más frecuentes: *Indiscriminación/Self sin Desarrollar; Aislamiento Social y Defectuosa*.

Alternativas de Posibilidades de Prevención

Considerando el largo itinerario que conduce a la estructuración de un TPB, en el que los efectos acumulativos subrayan y refuerzan las dificultades, las mejores alternativas de prevención necesariamente son las más tempranas.

Los trastornos del neurodesarrollo infantil, con frecuencia presentan impedimentos en el funcionamiento de ambas habilidades: cognitivas y motoras y alteraciones en el funcionamiento de la corteza pre-frontal y cerebelo, cuyas funciones conjugadas promueven pobres habilidades sociales en niños pequeños. (Adele Diamond; 2008) En esas circunstancias la tendencia en niños es de aislamiento y retracción a participar de juegos, actividades deportivas compartidas, etc. en las cuales resulte expuesta su torpeza, que muy frecuentemente no son tomadas en cuenta como indicadores de alerta, dado que tienden a quedar encubiertos bajo tranquilizadores calificativos de "timidez", mientras continúan erosionando la auto-estima y confianza en sus posibilidades y recursos.

Estas dificultades se hacen notorias durante el curso de las primeras interacciones sociales fuera de la familia. Dado que se hacen claramente detectables desde la etapa pre-escolar, la información acerca de las dificultades de integración en los comportamientos señalados en el párrafo anterior, es un indicador valioso para considerar la necesidad de realizar evaluaciones neurocognitivas de habilidades cognitivas y motrices.

En Canadá se completó recientemente la evaluación de datos de investigación en una población de niños pre-escolares, en la que se comprobaron los resultados de un programa de entrenamiento en las funciones ejecutivas cognitivas y motrices, en el que utilizando diversos programas de entrenamiento cognitivo mediante computadoras, (como la versión para niños de la Torre de Hanoi, etc.) y aprendizaje de danzas diversas, lograron rehabilitar la funcionalidad. (Kerns; K. et al; 2008)

Establecer el tipo y grado de vulnerabilidad en el niño es tan importante como esclarecer sus fortalezas y las disfunciones detectables del medio ambiente infantil que retroalimentan el circuito.

La reeducación graduada del niño en función de la evolución madurativa de su sistema neurobiológico y una adecuada orientación a padres acerca de pautas a incorporar para su necesaria contribución al proceso, parecen ser indicadores válidos del camino para interferir el circuito de retroalimentación patológico que conduce a este trastorno.

El incremento de la efectividad en los resultados terapéuticos

En la investigación comparativa de resultados terapéuticos y porcentajes de pacientes beneficiados mencionada anteriormente, una porción considerable de la efectividad del proceso terapéutico, parece estar vinculada en primera instancia, a las características del terapeuta: los pacientes que percibían al terapeuta como: “no demostrativo”; “no expresivo”; “muy frío y distante”; “poco contenedor” o “no nutriente”, eran los que abandonaban el tratamiento, expresando estas razones en la encuesta acerca de que los había decidido a dejar la terapia aplicada. Mientras que los pacientes que obtuvieron mayores resultados y beneficios de la terapia, fueron aquellos que percibía al terapeuta con las mismas características positivizadas. (Young J; Tineo, L; 2005)

Desde la perspectiva de la Terapia de Esquemas algunos factores que se han destacado como factores que contribuyeron a la eficacia terapéutica en base a evaluaciones y supervisiones de tratamientos exitosos y no exitosos fueron:

- a) La adecuación entre las estrategias de las etapas del proceso terapéutico y la dinámica progresiva de cambio generado en la estructura del paciente.
- b) La adecuada decodificación de las necesidades infantiles y la regulación progresiva de nutrición congruente a la regulación del proceso madurativo de esas necesidades.
- c) La progresión selectiva en la rehabilitación/ instauración de límites en función de la capacidad alcanzada por el paciente en las etapa terapéuticas.
- d) La ruptura progresiva de los patrones de conducta reforzadores de esquemas en la vida cotidiana del paciente.

Los pacientes borderline, cuya mayor dificultad se da en las relaciones interpersonales y apego, pueden perdurar en la relación terapéutica e involucrarse activamente en la terapia si perciben el vínculo como auténtico, la empatía como genuina y se sienten realmente comprendidos.

Bibliografía

1. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, et al: Major depressive disorder and borderline personality disorder revision: longitudinal interactions. *J Clin. Psychiatry*; 65:1049-56; 2004;
2. Torgersen, S: Epidemiology in The American Psychiatric Population; Published textbook of Personality Disorders, 1st Edition; Washington, D.C. American Psychiatric Pub; 129-14; 2005.
3. de Ruiter y Greeven, Personality Disorders in a Dutch forensic Psychiatry sample: *Journal of Personality Disorders*; 14, 160-172; 2000;
4. Hildebrand y Ruiter, Axis II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands; *International Journal of Law and Psychiatry*; 27-233-248; 2004;
5. Young J; Tineo L; Tratamiento de Pacientes Borderline: Entrevista a Jeffrey Young; *Perspectiva Sistémica*; 17, 88: 9-12; 2005.
6. Young J; Tineo L; Tratamiento de Pacientes Borderline: Entrevista a Jeffrey Young; *Perspectiva Sistémica*; 17, 89: 11-14; 2006.
7. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal Clinical Psychiatry*; 65:1049-56; 2004.
8. Samuels J; Eaton WW, Bienvenu J, Clayton P, Brown H, Costa PT, et al. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*; 180:536-42; 2002.
9. Paris J. *Personality disorders over time*. Washington: American Psychiatric Press; 2003.
10. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal Clinical Psychiatry*; 65:1049-56; 2004.
11. Brenner, H; and Böker W: *The British Journal of Psychiatry*; The Royal College of Psychiatrist; 1989
12. . Young, J; Klosko J; Weishaar, M: *Schema Therapy: A Practitioner`s guide*; The Guilford Press; 2003
13. . Paris, Joel; *Canadian Medical Association Journal*; 172 (12). June 7, 2005;
14. Zanarini, M. C; Gunderson, J.G; Frankenburg, F.R: Cognitive features of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 147:57-63;1990;
15. Dowson, J.H; Sussams, P; Grounds, A. T, Taylor, J; Associations of self-reported past "psychotic" phenomena with features of personality disorders; 41:42-8; *Compr Psychiatry* 2000
16. Cervantes Navarrete, J. J; Piñeiro Barrera, A. M; Ontiveros Uribe, y otros: Póster; Evaluación de las Funciones Ejecutivas en mujeres con Trastorno Límite de Personalidad; Congreso de la Sociedad Internacional de Neuropsicología; Buenos Aires; 2008
17. . Young; J. *Schema Focused Therapy*; Sarasota Resource Exchange; 1990.
18. Young, J; Klosko J; Weishaar, M: *Schema Therapy: A Practitioner`s guide*; The Guilford Press; 2003
19. Linehan Marsha; *Cognitive – Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*; The Guilford Press; New York; U.S.A; 1992;
20. Linehan, Marsha; *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*; The Guilford Press. New York; U.S.A; 1993

21. Bateman, Anthony; Fonhaghy, Peter; Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment; Oxford University Press; New York; 2004.
22. Giesen-Bloo, J; van Dyck, R; Spinhoven, P; van Tilburg; W; et al: Outpatients Psychotherapy for Borderline Personality Disorders: A randomized clinical trial of Schema Focused Therapy Versus Transference Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*; 63, 649-658; 2006.
23. Young J; Tineo L; Tratamiento de Pacientes Borderline: Entrevista a Jeffrey Young; *Perspectiva Sistémica*; 17, 88: 9-12; 2005.
24. Young J; Tineo L; Tratamiento de Pacientes Borderline: Entrevista a Jeffrey Young; *Perspectiva Sistémica*; 17, 89: 11-14; 2006.
25. Bernstein David; Arntz Anoud; de Vos Marije: Schema Focused Therapy in Forensic Settings: Theoretical Model and Best Recommendations for Best Practice; *International Journal of forensic mental health*; 2006.
26. Adele Diamond- "Curso de Formación Continua Disfunción en la corteza prefrontal en desordenes neuropsicológicos del desarrollo: relevancia de lo que sabemos respecto a lo que podemos hacer para ayudarlos." Congreso Mundial de Neuropsicología, Buenos Aires, Julio de 2008.
27. Kerns, Kimberly; Mateer, Catherine & Vernescu, Roxana; University of Victoria, Ontario, Canada. Curso Taller: "Estrategias basadas en la evidencia para la rehabilitación cognitiva en Niños; Congreso Mundial de Neuropsicología, Buenos Aires, Julio de 2008.
28. Young, J; Tineo, L; Tratamiento de Pacientes Borderline: Entrevista a Jeffrey Young; *Perspectiva Sistémica*; 17, 88: 9-12; 2005.