

Deméter en busca de una relación con el valor fundamental

Comorbilidad y Análisis Existencial contemporáneo: Un estudio de caso

Trabajo final para optar a la especialidad de
Psicoterapeuta en Análisis Existencial

Elaborado por

Ps. Solange Miranda

Profesora responsable

Ps. Marcela Mesías

Santiago de Chile, enero 2023

© Solange Miranda, 2023

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra en cualquier forma, medio o procedimiento sin permiso por escrito de la autora.

DEDICATORIA

A mi madre.

CONTENIDOS

DEDICATORIA	3
1. INTRODUCCION.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Persona y personalidad.....	7
2.1.1. Trastorno de personalidad.....	8
2.1.2. Trastorno Límite de Personalidad.....	8
2.2. Análisis Existencial contemporáneo: una aproximación fenomenológica en la psicoterapia	9
2.2.1. El eje estructural	11
2.2.2. Eje procesal: El Análisis Existencial Personal (AEP).....	12
2.3. Trastorno de personalidad desde AE.....	13
2.4. Trastorno de personalidad limite desde el AE	14
2.5. Trastorno de Ánimo Bipolar.....	15
3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	18
3.1. Enfoque de estudio	18
3.2. Método de análisis de caso.....	18
3.3. Tipo de Diseño de Caso Único.....	18
4. ESTUDIO DE CASO	19
4.1. Motivo de consulta	19
4.1.1. Salud mental	19
4.1.2. Contexto familiar	20
4.2. Análisis	21
4.2.1. El mundo percibido (1ª MF).....	21
4.2.2. La vida sentida (2ª MF).	22
4.2.3. El ser humano en su unicidad (3ª MF).	23
4.2.4. El sentido que nos llama (4ª MF).	24
4.2.5. Método AEP.	25
4.2.6. Trabajo terapéutico.	25
5. CONCLUSIONES	27
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Comprensión de persona y personalidad	7
---	---

Índice de Tablas

Tabla 1 Clasificación de trastornos de personalidad (TP).....	8
Tabla 2 Síntesis de aspectos principales del eje estructural	11
Tabla 3 Contra-reacciones psicodinámicas del TLP.....	14
Tabla 4 Cuadro comparativo de síntomas de enfermedades del ánimo para diagnóstico DSM 5.....	17

1. INTRODUCCION

El Análisis Existencial contemporáneo ofrece nociones y herramientas modernas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades relacionadas con el ánimo. Su riqueza radica en la mirada fenomenológica que favorece la comprensión de las vivencias del paciente como refieren Croquevielle y Traverso citando a Alfried Längle (2011, 129). Las psicoterapias existenciales más que un método es una actitud, ya que emplea fenomenología profunda hermenéutica, con acercamiento a significaciones que surgen desde el paciente, no en la psicodinámica sino en lo libre del ser humano; en sus decisiones, elecciones, resoluciones que están en concordancia consigo mismo.

El presente trabajo es un análisis de caso de una paciente de 27 años, denominada Marta para efectos de este trabajo. Desde el año 2018, ella cuenta con un diagnóstico psiquiátrico de trastorno del ánimo bipolar tipo II y diagnóstico procesal y estructural de trastorno límite de personalidad o *borderline*, presentándose ambos diagnósticos como comorbilidad.

Marta es profesional universitaria en el rubro de las comunicaciones, hace tres meses se desempeña laboralmente en jornada completa. Mantiene una relación de pareja desde hace tres años, sin convivencia. Desde que se radicó en la ciudad de Santiago, comparte residencia con su hermana gemela. La sintomatología afectiva se presenta desde la infancia y, desde entonces fue agudizándose en la adolescencia con tendencia a la cronicidad. Desde entonces ha recibido tratamiento por parte de diferentes profesionales de la salud mental. Asimismo, le han diagnosticado variados trastornos psicológicos, frente a lo cual ha recibido tratamientos farmacológicos y psicoterapias diversas.

Este caso se examinará desde la teoría y aplicación terapéutica del Análisis Existencial contemporáneo, incluidas las cuatro motivaciones fundamentales de la existencia (MF) de Alfried Längle y su eje estructural, con el uso del método fenomenológico.

En consecuencia, el objetivo general de este análisis de caso es contribuir a la comprensión de la comorbilidad de un trastorno de ánimo bipolar tipo II y un trastorno de personalidad limítrofe, y su tratamiento de psicoterapia en análisis existencial.

Los objetivos específicos son:

- a) Examinar el trastorno de ánimo bipolar tipo II y el trastorno de personalidad limítrofe a la luz del Análisis Existencial contemporáneo.
- b) Analizar la interacción del Análisis Existencial contemporáneo con técnicas psicoterapéuticas provenientes de otros enfoques, para el abordaje de esta comorbilidad.
- c) Proponer recursos para la psicoterapia de casos con comorbilidad de trastorno de ánimo bipolar tipo II y trastorno de personalidad limítrofe.

2. MARCO TEÓRICO

Las enfermedades mentales se presentan como sufrimientos. Difícilmente los profesionales de la salud logran establecer un diagnóstico puro, de igual manera, no se logra identificar con el solo

diagnóstico el mejor tratamiento farmacológico ni terapéutico para estos pacientes. Con bastante generalidad se aprecia que lo que funciona en un paciente, no funciona en otro, bajo condiciones diagnósticas similares (Caponni, 2002).

Concretamente, interesa indagar en la comorbilidad de TB II y *bordeline*, para hallar formas concretas, específicas de ayudar al paciente a una vida plena, vivir con consentimiento, etc.

A continuación, se presentan conceptos teóricos asociados a la comorbilidad específica que se busca analizar en este trabajo.

2.1. Persona y personalidad.

La persona presenta características¹ que me permite ser quién soy, un ser nuevo e individual, es yoica, no es solo unidad ni totalidad, sino que brinda unidad y totalidad, se encuentra en la dimensión espiritual, es existencial, se puede comprender a sí misma y es capaz de trascender, de modo que, es dinámico y facultativo manifestándose en su organismo psicofísico que se denomina personalidad (Martínez, 2011).

En virtud de lo anterior, la persona es dinámica, pero la personalidad se va haciendo estática (Längle, 1989), por lo tanto, la persona es el reflejo de la personalidad por medio del organismo psíquico y somático compuesto por dos factores: carácter y temperamento. Como observamos en la ilustración N°1, la persona a diferencia de la personalidad puede oponerse a estos factores por su libertad, mientras que el temperamento y carácter pueden ser inflexible y permanente.

Ilustración 1 Comprensión de persona y personalidad



Fuente: Martínez, 2011.

El temperamento tiene factor biológico que subyace a la conducta, al ser heredable se pueden mantener a lo largo de la vida, lo podemos observar en los estados de ánimos, en las emociones que priman en la persona y en la intensidad. En el caso del carácter, son las características que vamos adquiriendo en la interacción con el medio ambiente/social, moldeado por la historia biográfica y vivencias de la persona, por consiguiente, ambos factores se

¹ Alfred Längle propone una comprensión del ser humano que comprende tres dimensiones íntimamente unidas. Cuerpo, mente, y espíritu. Frankl los denomina: somático, psíquico y noético (Frankl, 1987, 71). "A pesar de la unidad ser humano, cada dimensión sigue sus propias leyes, donde pueden aparecer como vectores entre fuerzas divergentes entre ellas" (Croquevielle, 2019, 152).

interrelacionan en un proceso dialógico entre la forma de ser y la respuesta al medio. (Martínez, 2011).

Los rasgos de la personalidad son la mezcla entre el temperamento y carácter con influencia mutua, es decir, lo heredable afecta la forma de reaccionar y la respuesta influye en los genes, esto es lo que constituye el organismo psicofísico de la persona; no obstante, cuando esa influencia mutua se rigidiza bloqueando lo libre y auténtico de la persona, restringiendo la dimensión espiritual nos referimos a un trastorno de personalidad (Martínez, 2011). Estos desarreglos, que se presentan de manera persistente en los pacientes, han sido estudiados ampliamente por la comunidad científica, llegando a establecer síntomas comunes, alteraciones específicas y tratamientos. Estos aspectos han quedado tipologizados en clasificaciones médicas.

2.1.1. Trastorno de personalidad

La Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud en su décima versión (CIE 10) describe los trastornos de personalidad como alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, son persistentes y expresan estilo de vida y formas características que tiene el paciente para relacionarse consigo mismo y con los demás. Son alteraciones que se manifiestan en la infancia o adolescencia y continúan en la adultez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones, sin embargo, puede coexistir o preceder a otros trastornos.

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición DSM 5, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, el trastorno general de la personalidad es clasificado como patrón persistente de subjetividad del individuo y comportamiento que se desvía a lo indicado por su cultura. El patrón se puede manifestar en: la cognición, afectividad, funcionamiento personal y control de impulso. Los trastornos de la personalidad son de criterio categorial y se agrupan por características centrales, como se observa en la tabla 1

Tabla 1 Clasificación de trastornos de personalidad (TP)

GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	OTROS
INTROVERSION	EXTRAVERTIDO	ANSIOSO	
TP Paranoide TP Esquizoide TP Esquizotípico	TP Antisocial TP Limite TP Histriónica TP Narcisista	TP Evasivo TP Dependiente TP Obsesivo- compulsivo	Cambios por afección médica No específico

Fuente: DSM 5, 2014.

2.1.2. Trastorno Límite de Personalidad²

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP), también conocido como *Borderline*, consiste en una inestabilidad emocional que repercute en la forma de llevar una vida cotidiana con normalidad, presenta en los pacientes problemas en sus relaciones interpersonales e impulsividad que lleva a

² La denominación Trastorno Límite de personalidad se encuentra contenida en el DSM 5 y el CIE 10.

las autolesiones comenzando desde la adolescencia. Por lo general, las personas que presentan este trastorno manifiestan sentimientos de soledad, vacío interior, incompreensión, abandono, sin poder comprender lo que les sucede. A la vez son pacientes de alta demanda por atenciones de los servicios de urgencia, consultas privadas y unidades de salud mental en general (Mosquero, 2013).

En el **DSM 5** (2014), **los criterios de diagnóstico** para Trastorno Límite de Personalidad implican la presentación de un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta. Se manifiesta en cinco o más de los hechos descritos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
5. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
6. Sensación crónica de vacío.
7. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.
8. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Para el **abordaje de tratamiento**, se debe tener en cuenta (Mosquero, 2013):

- Para el trastorno límite de personalidad no existe medicación prescrita, pero existen fármacos que ayudan a estabilizar y aminoran síntomas específicos: ansiedad, síntomas depresivos e irritabilidad, para controlar impulso, corregir la percepción de la realidad alterada.
- El trabajo central es la psicoterapia.
- Terapia de grupo.
- Terapia familiar.

Existen variados enfoques en psicoterapia para el abordaje del TLP entre los más citados en literatura están (Mosquero, 2013):

- Psicoterapia centrada en la transferencia: terapia con orientación psicoanalista de Otto Kernberg. El objetivo de la terapia es traer los conflictos del inconsciente al consciente y trabajar con el paciente y terapeuta.
- Terapia Dialectico Conductual: desarrollada por Marsha M. Linehan, busca proporcionar recursos personales para el manejo emocional y el trabajo con habilidades sociales. Los ejes del TDC son: aprendizaje de nuevas competencias, Mindfulness, manejo en crisis, regulación emocional, etc. Además, de la psicoterapia individual se incorpora la terapia grupal.

2.2. Análisis Existencial contemporáneo: una aproximación fenomenológica en la psicoterapia

El Análisis Existencial contemporáneo (AE) se define como un método psicoterapéutico, cuyo fin es capacitar al ser humano para que viva su propio obrar y existir con aprobación y consentimiento internos. Es decir, ayudar que alcance una vida plena. Este consentimiento debe ser decidido en libertad para llevarlo a dar un Sí al mundo, Sí a la vida, Sí a su persona, Sí al sentido (Croquevielle & Traverso, 2011, 120).

Siguiendo al autor, el AE es una corriente psicoterapéutica basada en la filosofía existencial y en la fenomenología hermenéutica, en cuyo centro se encuentra el concepto de “existencia”. Este enfoque es inductivo, no hay supuestos previos para la comprensión del paciente, sino que lo descubre a través de los fenómenos, a partir de lo “concreto”. Esto requiere una actitud profesional que requiere de una apertura, ya que la existencia de la persona se lleva a cabo en diálogo con un contexto, generando una interacción entre la persona y mundo, en el que ambos son afectados en esta relación. En los siguientes apartados se desarrollarán los dos ejes principales de la práctica terapéutica del AE.

2.2.1. El eje estructural

En AE está construido eje estructural, debido a que está constituido por cuatro pilares que sostienen la existencia: las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia (MF, por su sigla). Las cuatro MF tienen una secuencia, cada una se sostiene sobre la anterior, pero ello no implica jerarquía o preponderancia de una por sobre otra.

El segundo eje es de tipo procesal, denominado Análisis Existencial Personal (AEP).

Tabla 2 Síntesis de aspectos principales del eje estructural

	1MF	2MF	3MF	4MF
	“Poder Ser y estar en el mundo”	“Gustar vivir”	“Ser uno mismo”	“Sentido existencial”
Condiciones	Protección. Espacio. Sostén.	Relación. Tiempo. Cercanía.	Externo: Recibir consideración Trato justo. Aprecio. Interno: Autodistanciamiento. Tomarse en serio. Auto-juzgarse.	Campo de acción. Contexto valorado. Valor de futuro.
Reacciones de “Coping”	Huida. Ataque. Odio. Parálisis.	Retiro. Activismo. Rabia. Resignación.	Tomar distancia. Sobreactuar. Dar la razón Fastidio Disociación.	Modo provisorio. Fanatismo Idealización Cinismo, sarcasmo, desesperación, nihilismo.

Fuente: Elaboración propia

Para profundizar en ello, a continuación, se describen las cuatro MF.

- a) **Primera Motivación Fundamental (1ª MF):** Se refiere al “poder ser y estar en el mundo”, es la necesidad de cierta seguridad frente a eventuales amenazas de diversos ámbitos de la existencia. Las condiciones existenciales para “poder ser y estar en el mundo” son; protección, espacio y sostén. Es central para la 1ª MF el poder “percibir” de forma adecuada, ya que un error perceptivo puede concebir cualquier situación como “amenazante”, sin que necesariamente lo sea, activando las reacciones de Coping descritas por Längle en el “hombre antes de caer en el abismo”. Para la 1ª MF estas reacciones psicodinámicas, son cuatro. En el nivel del poder ser se presenta las siguientes: huida, lucha, odio y parálisis. (Längle, 2000). Esta primera motivación también se conoce como “el mundo percibido”.
- b) **Segunda Motivación Fundamental (2ª MF):** Alude al “gustar vivir”, refiere a la más profunda conexión con la vida, a las relaciones y a los sentimientos (Croquevielle, 2009). Nos refiere del libre fluir de la vida y del papel que juega en ello el gustar, placer y los valores. Esta MF nos abre al movimiento, en el que consiste la vida. Las condiciones para el gustar son: tiempo, relación y cercanía. Las reacciones de Coping que se activan de defensa ante lo que no nos gusta son: retirada, esforzarse, rabia, y resignación. (Längle, 2000). La 2ª MF también se conoce como “la vida sentida”.
- c) **Tercera Motivación Fundamental (3ª MF):** Se relaciona con la legitimidad de ser lo que se “es”. Se trata de tomar en serio la propia individualidad, el carácter intransferible de la

existencia (Croquevielle, 2009). Para permitirse ser “uno mismo” plenamente y asumir la propia autenticidad, uno ha requerido ser visto, haber sido tratado con justicia, y haber recibido valoración y aprecio; y, a su vez, en el trato consigo mismo, requiere auto-distanciarse para percibirse adecuadamente, tomarse en serio y poder juzgarse apropiadamente. De ese modo, se desarrolla y fortalece la autoestima. La ausencia de las condiciones de esta MF no solo puede afectar el desarrollo de la autoestima, sino que puede ser desencadenante de trastornos de personalidad (Croquevielle, 2013). Las reacciones de Coping, como mecanismos destinados a proteger la intimidad, individualidad, son: Tomar distancia, sobreactuar, dar la razón, fastidio, ira, y disociación. (Längle, 2000) Esta 3ª MF también es denominada como “la persona en su unicidad”.

d) **Cuarta Motivación Fundamental (4ª MF):** El sentido existencial consiste en dar respuesta ante las situaciones de la vida. “Es la opción más valiosa ante cada situación existencial”. En la interpretación que Croquevielle (2013) hace sobre Längle, vivir con sentido es actuar con sentido, es responder libremente decidida, ante lo que me siento tocado por el mundo y que representa un valor para mí. Las condiciones requeridas para encontrar sentido son: un campo de acción, contexto valorado y valor de futuro que de sentido a la acción presente. La vida sin sentido es una de las vivencias más insoportables para el ser humano. Cuando no se dispone de las condiciones aparecen las reacciones de Coping tales como: modo provisorio, resistencia, cinismo, sarcasmo, desesperanza (Längle, 2000). La 4ª MF también se conoce como “el sentido que nos llama”.

2.2.2. Eje procesal: El Análisis Existencial Personal (AEP)

Como se comentó anteriormente, el AEP es un método que busca reposicionar a la persona (paciente) y sus recursos en situaciones que lo bloquean. Para el método es menester comprender las características de la persona en la relación dialógica, si se mira hacia lo externo tiene que ser; aludido, comprender y responder, si se mira hacia interior; impresionabilidad, toma de posición, expresión (Martínez, 127). Este método se aplica en tres pasos consecutivos, en cada uno de ellos se observa si la persona da una respuesta acorde a la situación o si existe un bloqueo, ya sea por impresiones deformadas, sufrimientos que impide comprensión, fragilidad en la voluntad, u otro, sin lograr concretar lo propuesto. A continuación, breve descripción de los pasos AEP:

<u>Paso AEP1</u>	<u>Paso AEP2</u>	<u>Paso AEP3</u>
Está en la relación con alguien o algo externo y es interpelado, causando una impresión en el ser interno. En la interpelación impresiona a través de una emoción primaria provocando un impulso.	Este paso consiste en comprender las impresiones por medio del autodistanciamiento, tomar distancia de lo percibido y así poder emitir un juicio, con voluntad y toma posición para salir al mundo.	En este último paso se busca auto trascender y dar respuesta, expresándose a través del hacer/acción.

2.3. Trastorno de personalidad desde AE

El Análisis Existencial contemporáneo comprende la psicopatología en la relación dialógica entre la persona y el mundo, que se encuentra impedida; debido a la insuficiente confrontación de la persona con las condiciones de la existencia. Esta obstrucción bloquea las motivaciones fundamentales y la dinámica procesal del AEP, es decir, no podrá ser ni actuar de manera consecuente consigo mismo y con los demás. También puede iniciarse un trastorno por la falta de confrontación con las condiciones de la existencia (Croquevielle & Traverso, 2011, 131).

2.4. Trastorno de personalidad limite desde el AE

Desde el AE, el trastorno de personalidad *Borderline* se puede comprender a partir del método fenomenológico hermenéutico con el propósito de acercarse al dolor profundo de los pacientes. En este trastorno se encuentran todas las MF involucradas, ya sea por carencia o sobre presencia de las condiciones existenciales y, principalmente la 3ª MF, por lesión profunda de no poder ser-uno-mismo; el paciente no puede ser auténticamente yo, y se observa alguna debilidad en las estructuras yoicas³ (condiciones de la 3ª MF). Asimismo, secundariamente impacta la (2ª MF), que afecta la relación con la vida, sobre todo el ámbito relacional consigo mismo y su entorno, de modo que no tiene acceso a su ser ni vivenciar (Längle, 2017).

En consecuencia, los pacientes se aferran a relaciones externas yo-tú (Buber; 2003) que sean intensas y seguras, dependientes y hasta simbióticas en algunos casos; o bien, a relaciones de tipo yo-ello en ámbitos como cortes, drogas, sexualidad, compras, etc. Este tipo de pseudorelación les permite aliviar el déficit y las carencias descritas, porque a través del otro pueden ser y sentirse. No obstante, “el temor principal es ser abandonados” (Längle, 2017), debido al tipo de relaciones que construyen, éstas muestran control, manipulación, y dependencia, “se comportan de tal manera, que provocan ser abandonados” (Längle, 2017). Sin relación aparece el vacío, se pierde a sí mismo, “se congela, porque en la escisión (posición de muerto) se separa todo de él” (Längle, 2017).

De lo anterior, se forma una base de inestabilidad en el vivenciar de las relaciones, que afecta a los demás, pero también la imagen de sí mismo. Pues, cuando no encuentra lo que busca en el otro o una insinuación de ruptura lo siente como “amenaza vital”, con desvaloraciones hacia sí mismo y pérdida de relación interna; no obstante, lo que subyace a estas reacciones, es peligro por ausencia de: “siento la vida, me siento a mí”. Por lo tanto, para no perderse, enfrenta esta situación con imágenes que construye del otro y que puede modificar fácilmente, creando un polo opuesto, con eso logra alejarse de la realidad (reacción de coping de la 2ª MF) . Y, no obstante, cualquier amenaza mínima pueden aparecer heridas y derrumbe de las estructuras yoicas, que para ser protegido del dolor interno del pasado y sobrevivir se activa las otras contra reacciones de *Coping* (Längle, 2017).

Tabla 3 Contra-reacciones psicodinámicas del TLP.

Agresión	Intensidad	Constante búsqueda de relación	Inestabilidad	Forma especial de identificación
Rabia colosal por amenaza de pérdida interna o relaciones existentes	El carácter simbiótico en las relaciones para poder sentirse.	Permite la relación interna, la acerca y nutre.	Por debilidad yoica, falta toma de posición, descontrol de los afectos, etc.	Proyecta al otro bajo sus necesidades e imágenes

Fuente: Elaboración propia.

³ Las estructuras yoicas en AE refieren a las condiciones existenciales de la tercera motivación, cuales son: i) Consideración, ii) Aprecio, y iii) Trato justo. En un primer momento se elaboran a partir de lo externo, para luego desarrollar las condiciones en el mundo interno.

Längle (2017) plantea el origen de los déficits estructurales del Yo, señalando la disposición y predisposición innata de los trastornos. Esto se explica a continuación:

La génesis de los déficits estructurales del yo se relaciona con interacciones de condiciones genéticas y el intercambio con el mundo (cfr. Buchheim 2011, 167). Estas estructuras se encuentran a la base de los trastornos de personalidad en general:

- **Predisposición:** necesita del apoyo externo para encontrarse a sí mismo. En ocasiones se puede observar desde la infancia, donde ya existía una disposición al control de los afectos y funciones yoicas.
- **Sufrimiento psíquico:** están referidas a experiencia biográficas dolorosas como crecer en ambientes de tensión y ambivalencia, experiencias de relaciones simbióticas o de abandono, negligencia con las relaciones parentales, entre otras.
- **Experiencias de aprendizaje:** son proceso de aprendizaje de las reacciones de coping pueden ser por protección y/o respuestas de conveniencia en el entorno, o por crianzas en ambientes abusivos y funcionales, relacionándose de misma forma consigo mismo y los demás.

Abordaje psicoterapéutico desde el AE en trastorno de personalidad límite:

Para el abordaje psicoterapéutico se requiere conducir el proceso por las siguientes fases (Längle, 207):

- a) **Fase de preparación o estabilización:** En un primer momento se procede desde la consejería con el objetivo de estabilizar al paciente de conductas disruptivas hacia sí mismo y/o el entorno. Esta fase puede durar varios meses. Es importante destacar la actitud del terapeuta: se requiere enfrentamiento y acercamiento tranquilo y firme. El paciente debe sentirse aceptado tal como es (1ª MF), tomar constancia en la relación, el encuentro debe ser comprensivo (2ª MF), enfrentarse y mantenerse firme referido a un contenido (3ª MF). Ensayar en tomas de posición para menguar las reacciones y afectos.
- b) **Fase profunda:** El trabajo terapéutico consiste en profundizar en la 2ª MF y 3ª MF. Entre los contenidos de la 3ª MF está la autopercepción, encuentro, auto-confrontamiento. En la 2ª MF se trabaja con la comprensión, relación consigo mismo, relación terapéutica y fase de resonancia.

2.5. Trastorno de Ánimo Bipolar

Normalmente el Trastorno de Ánimo Bipolar (TB) se inicia entre la adolescencia y adultez joven; alrededor de los 25 años, caracterizándose por su curso cíclico y su gran poliformismo. La principal característica de este trastorno consiste en alteraciones del estado de ánimo de la persona, observables en cambios en el nivel de vitalidad, actividad y en la capacidad de realizar actividades diarias. Estas alteraciones se presentan como altibajos que transitan entre episodios depresivos y otros maníacos o hipomaníacos, alternando con períodos en los cuales el paciente puede mostrar estados de ánimo eutímicos.

Es importante destacar que los pacientes con TB con diagnóstico y tratamientos oportunos pueden llevar una calidad de vida productiva y funcional, con baja frecuencia de los episodios indicados e ingreso hospitalario. Las dificultades que actualmente se presentan para diagnosticar y definir tratamientos oportunamente, son los cuadros con diversidades de síntomas, que pueden confundir al especialista.

Actualmente, se reconoce como criterios de diagnóstico para el TB aquellos otorgados en el Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Desórdenes Mentales (DSM 5) y de la Asociación Americana de psiquiatría y la Clasificación internacional de enfermedades en su versión 10 (CIE 10). No obstante, en las últimas décadas los avances en nuevos estudios en psicopatología, los aportes desde los abordajes psicoterapéuticos, los de laboratorio, genéticos, neuroimagen, psicofármacos por nombrar algunos, permiten nuevas aproximaciones diagnósticas incorporando familia, curso y evolución. Sin embargo, la amplitud de nuevas consideraciones como el “espectro bipolar” no está exento de dificultades de consenso en la comunidad científica (Akiskal & Vazquez, 2006).

Dentro las enfermedades del ánimo se encuentran la depresión unipolar, bipolar I, bipolar II, características mixtas, espectro bipolar, ciclotimia. Como refiere Pedro Retamal (2018) éstas condiciones de salud presentan características comunes:

1. Cambio anímico como síntoma principal: tristeza patológica o depresión y euforia patológica o manía.
2. Se presentan en fases (aguda/mantención) o por crisis, con periodos de enfermedad y normalidad.
3. Superados los episodios, este trastorno puede remitir parcial o completamente.

El ánimo exaltado se denomina manía, o hipomanía cuando es de aceleración leve. Los grupos que solo presentan disminución del ánimo corresponden a depresión monopolar o habituales, mientras que las depresiones bipolares presentan episodios de aceleración de manía o hipomanía, además de síntomas depresivos. Estas últimas se evalúan de acuerdo a su intensidad de los síntomas: bipolar I y bipolar II.

1. Bipolar I: se observa un episodio maníaco, con o sin historia de depresión mayor.
2. Bipolar II: presencia de un episodio de hipomanía, y con historia de un episodio de depresión mayor, sin antecedentes de manía o mixto, esto último, corresponde a bipolar I.
3. Ciclotimia: existencia de sintomatología depresiva e hipomaniaca leve, sin alcanzar los criterios para episodio hipomanía ni depresión mayor, con periodos de aproximadamente dos años.

Dado que la paciente en estudio presenta diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo II, cabe profundizar en su descripción clínica a partir del DSM 5.

Tabla 4 Cuadro comparativo de síntomas de enfermedades del ánimo para diagnóstico DSM 5.

HIPOMANIA	DEPRESION MAYOR
<p>A. Ánimo expansivo o irritable, aumento de energía hacia un objeto la mayor parte del día, por un periodo mínimo de cuatro días.</p> <p>B. Durante el periodo de aceleración del estado de ánimo, y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres o más de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autoestima exagerada 2. Disminución en el dormir (3 horas) sin manifestaciones de cansancio 3. Más hablador o dificultad para mantener conversación 4. Fuga de ideas/ velocidad de pensamiento. 5. Facilidad en la distracción 6. Aumento de actividad dirigida hacia un objeto o agitación psicomotora 7. Aumento de actividades con consecuencias dolorosas <p>C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.</p> <p>D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.</p> <p>E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.</p> <p>F. No se atribuye el episodio a efecto de uso de sustancia ni afección médica.</p>	<p>A. Cinco o más de los síntomas siguientes se han prestado durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se hace énfasis en diferenciar a los clínicos la exclusión del duelo y otras pérdidas de la depresión mayor. Presenta síntomas durante dos semanas con cambio del ánimo deprimido, con al menos un síntoma: (1) Pérdida de placer o (2) Estado depresivo, la mayor parte del día o casi todos los días. 2. Falta de interés y placer de las actividades. 3. Pérdida o aumento de peso sin dieta (cambio de 5% del peso corporal en un mes) 4. Insomnio o hipersomnia 5. Agitación o disminución psicomotora 6. Falta de energía o fatiga 7. Sentimiento de inutilidad y culpabilidad excesiva. 8. Disminución en la concentración, pensamiento, tomar decisiones. 9. Sentimiento recurrente de muerte, ideas suicidas sin plan determinado, intento suicidio con plan determinado. <p>B. Deterioro social y laboral u otras áreas de funcionamiento.</p> <p>C. No se atribuye el episodio a afecto de uso de sustancia ni afección médica.</p>

Fuente: DSM 5 (2014).

En el **abordaje de los tratamientos** se recomiendan algunas consideraciones (Retamal, 2018):

- Mejorar el compromiso con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
- Reconocer consecuencias que acarrea la enfermedad
- Proporcionar soporte emocional al paciente y la familia
- Apoyo para la resolución de conflictos personales, interpersonales y ambientales con el objetivo de disminuir riesgos de recaída

Como tratamiento para TB existe manejo con medicamentos, estos dependen de la fase que se encuentre el paciente:

- Mantenimiento
- Manía aguda
- Episodio depresivo bipolar

Dependiendo del cuadro se consideran estabilizadores de ánimo, antipsicóticos, antidepressivos. En el caso de los pacientes refractarios, se recomienda terapia electroconvulsiva.

3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1. Enfoque de estudio

Para enfrentar el problema de investigación, se ha desarrollado un enfoque metodológico de tipo cualitativo, puesto que se basa en la recolección de datos mediante técnicas que no intentan cuantificar el fenómeno estudiado; se trata más bien de estudiar la realidad en su contexto natural, procurando interpretar y reconocer el sentido de los fenómenos. El diseño de investigación cualitativa, según Hernández (2006) se describe como: “la forma de abordar el fenómeno y tienen como característica el ser flexibles y abiertos”. De igual manera que los referentes históricos como son las condiciones sociales, culturales e intelectuales; y los referentes biográficos (Valles; 1999). Estos referentes, propios de la metodología cualitativa, también son aproximaciones teóricas para el abordaje desde la perspectiva biográfica. Esta metodología favorece la profundidad en el análisis de las percepciones, motivaciones, actitudes de las personas respecto del objeto de estudio.

El objetivo de esta investigación es la comprensión e interpretación de las vivencias de una mujer con trastorno anímico y de personalidad; en el contexto de su vida cotidiana, centrándose en los hechos y significados que la persona le otorga. En este sentido, el enfoque permite la búsqueda de producción de información de tipo descriptivo, donde el discurso de los sujetos de la investigación, sus palabras o actos son el objetivo del investigador (Taylor y Bogdan, 1987). En coherencia, el estudio se abordó desde el Análisis Existencial contemporáneo. Asimismo, la investigación fue abordada desde la fenomenología, vista como un método que nos permitirá acceder a la experiencia subjetiva de los hechos tal como se perciben por el paciente (Croquevielle, 2009).

3.2. Método de análisis de caso

La presente indagación es un estudio de caso único, entendido como descripciones y análisis intensivos de unidades simples o de sistemas delimitados tales como: un individuo, un programa, un acontecimiento, un grupo, una intervención o una comunidad. Es decir, por ser un estudio de caso único no es representativo de otros casos, ya que no está centrado en comprender algún constructo abstracto o fenómeno genérico. El estudio está comprometido por el interés intrínseco del caso. (Rodríguez, et al. 1999. p. 93).

3.3. Tipo de Diseño de Caso Único

Los diseños de investigación basados en la evaluación de un caso único han sido trascendentales en la historia de la investigación de la psicología clínica. Son herencia directa de la tradición médica. Esto permite diferenciar prácticas clínicas más eficaces a través de la comparación entre grupos, respondiendo de esa forma a intereses prácticos y de investigación.

Para esta investigación, el tipo de diseño de caso único es de forma global, es decir, como una totalidad única, ya que considera a la paciente con trastorno anímico y de personalidad, como una única unidad de análisis (Rodríguez, et al. 1999).

4. ESTUDIO DE CASO

4.1. Motivo de consulta

Marta, con 28 años, es profesional universitaria en el rubro de las comunicaciones, hace cinco meses se desempeña laboralmente en jornada completa. Mantiene una relación de pareja desde hace tres años, sin convivencia. Comparte residencia con su hermana gemela en la ciudad de Santiago. Desde el 2018 diagnosticada con trastorno del ánimo bipolar II por su psiquiatra, y como diagnóstico secundario, trastorno límite de personalidad.

El inicio de la psicoterapia es en agosto de 2019, el motivo de consulta era “quiero trabajar con mi autoestima, me colapso por cualquier cosa, me siento herida”. A continuación, se presenta el caso en dos momentos, primero los antecedentes familiares y de salud.

4.1.1. Salud mental

Los antecedentes en salud mental comenzaron en la infancia agudizándose los síntomas en la adolescencia, refiere que desde niña presentaba ansiedad, era tímida, tendía a callarse y llorar mucho. Durante la adolescencia se agudizaron los síntomas, con dificultad para levantarse de la cama por hipersomnia, acompañado de anhedonia. Comenzaron las crisis de angustia, no podía ir al colegio, además inicia las autolesiones con cortes en sus brazos. Sus padres la evaluaron con especialistas y postergó por un año su proceso escolar. Al mismo tiempo, comenzó con tratamiento con medicamentos y atenciones recurrentes con psiquiatras y psicólogos con baja adherencia. Relata que había periodos que podía cumplir con sus obligaciones, pero siempre con mucha dificultad, porque no tenía “ganas”, aumentó la frecuencia de las crisis de angustia, sentimientos de culpa, ideación suicida y autolesiones, “lo que más me afectaba era no entender porque me sentía así y actuaba de esa manera, mientras que mi hermana era lo contrario (...) ella es bonita, se viste bien, es alegre, siempre la miran los hombres y tiene muchas amigas (...) éramos tan distintas, yo era la que estaba siempre mal”, además, el entorno social tendía a compararlas, debido a esto las descalificaciones y desvaloraciones a sí misma y su imagen corporal se intensificaron, “me comencé a vestir muy tapada y de negro”, “no veía nada bueno de mí”. Posterior a este periodo y sintiéndose más “estable”, ingresa a la universidad, se traslada a la ciudad de Santiago a convivir con su hermana. No se presentaron dificultades académicas, mantuvo vínculos con un amigo durante ese periodo, era ayudante de cátedra y participaba en actividades de la biblioteca, a la mitad de la carrera comienza una relación amorosa larga. Los problemas que manifestaba en ese entonces eran las disertaciones en público “me angustiaba mucho y me cortaba”, “eso me alivia”, además viajaba todos los fines de semana a visitar a sus padres, quienes discutían entre ellos acerca de la relación de pareja, discutían con Marta, reprobando sus actitudes y apariencia, por lo que ella se encerraba en su dormitorio a dormir todo el fin de semana. Para sobrellevar la situación, aumentaba las dosis

de los medicamentos. En una de las visitas a la casa de sus padres, asiste con su hermana a una fiesta, en una propiedad aledaña, relata que había bebido alcohol habiendo ingerido sus medicamentos, por lo que se queda dormida en uno de los dormitorios de la casa, al despertar pudo corroborar que fue abusada sexualmente por uno de los chicos que se encontraba en la fiesta. En esos momentos no lo comentó con nadie, pero al tiempo después, se lo contó a su hermana y ambas lo mantuvieron en “secreto”. Las evaluaciones clínicas médicas aumentaron al igual que los síntomas; es hospitalizada en tres ocasiones por intento de suicidio; transitaba por diferentes especialistas, tenía dos o tres atenciones y cambiaba; de los psicólogos “algunos me caían mal, se quedaban callados, a otra le conté que quería matarme y no me pescó”; de los psiquiatras, “no aceptaba lo que me decían”, es decir, el diagnóstico de trastorno del ánimo bipolar, trastorno límite de la personalidad, estrés postraumático, entre otros. En el año 2018, Marta presenta episodio de hipomanía con hospitalización, “no recuerdo cuando estuve hospitalizada”, “lo sé porque escribía en un diario vida. Al año siguiente presenta episodios mixtos de ánimo, ruptura de su relación amorosa por parte de ella, debido a la infidelidad de su pareja, abandono de los medicamentos, lo que conlleva a internación por hipomanía. Al egreso se compromete seguir las indicaciones médicas y comenzar psicoterapia.

4.1.2. Contexto familiar

Marta y su hermana gemela fueron criadas por ambos padres. La única relación con la familia extensa ha sido la abuela materna. La madre es profesora (actualmente pensionada) y devota religiosa, su padre dedicado al rubro transportista. La crianza de Marta recaía mayormente en la madre, dado que el padre se ausentaba por temporadas por motivos laborales. La dinámica familiar generalmente incluía discusiones por los problemas de pareja, debido a las ausencias del padre. Estas discusiones se realizaban frente a sus hijas, con gritos, insultos y descalificaciones entre ellos. Siempre estaba la amenaza de ruptura en la relación; sin embargo, frente a los demás era un hogar constituido y sin dificultades. Con el paso de los años, se agudizaron las discusiones por las infidelidades del padre hacia su madre. La madre le indicaba a Marta revisar el teléfono personal del padre y que le informara a ésta lo hallado, situación que provocaba alta ansiedad en la paciente, porque descubría mensajes íntimos de otras mujeres, le informaba a su madre y las discusiones se intensificaban, “sentía que traicionaba a mi padre”.

En relación a la familia extensa; la abuela materna tiene movilidad reducida, dependiendo de la madre de Marta para realizar todos los quehaceres, como son, asuntos económicos, trámites médicos, domésticos, entre otros. A pesar de esta dependencia, la abuela violenta psicológica y económicamente a su madre, la humilla, la obliga a cocinar y después desecha la comida a la basura, obliga a la madre a pagar su arriendo mientras que la pensión que percibe se la entrega a terceras personas, la descalifica, entre otras. La madre de Marta no enfrenta a la abuela y desplaza la frustración y rabia contenida hacia los integrantes del hogar.

La relación de Marta con su hermana gemela siempre fue significativa; ambas hermanas desde la niñez eran vestidas iguales, asistían al mismo colegio donde trabajaba su madre y compartieron el mismo dormitorio, lo que se mantuvo hasta sus estudios superiores y parte importante de su adultez. El año 2019 separaron su dormitorio. Las diferencias entre ellas se

comienzan a manifestar principalmente en la adolescencia, cuando Marta se identifica con vestimenta holgada y negra, se describe como tímida, introvertida. En la adolescencia la madre hace críticas a su cuerpo, manifestando asco. La paciente señala sentirse muy avergonzada y no poder aceptar su cuerpo. Por el contrario, la hermana tiende a usar vestimenta ajustada; su entorno (y Marta especialmente), la consideran “bonita”, extrovertida, socializaba con facilidad. A pesar de las diferencias, Marta reconoce en su hermana un apoyo, se siente segura con ella, manifiesta admiración, pero cuando se encuentra con su pareja y no “me da toda la atención”, lo percibe como abandono. La hermana fue su sostenedora económica por años; hace cinco meses Marta es independiente en este ámbito.

En la actualidad, los lazos familiares se mantienen, viaja esporádicamente a visitar a sus padres, al igual con la abuela. Con su hermana mantiene una relación afectiva y de convivencia. Marta tiene una relación estable de pareja hace tres años, sin convivencia.

4.2. Análisis

Desde el comienzo de la terapia hasta la Fecha Marta no ha presentado episodios de hipomanía, sin embargo, la sintomatología depresiva es permanente; se observa en falta de vitalidad, cansancio, desmotivación, especialmente, se aprecia que la vida no la toca, la ideación suicida es una constante en las sesiones, “hago las cosas porque hay que hacerlas, pero no siento nada, no encuentro nada”.

El análisis que se realiza de ello se organiza en función de las motivaciones fundamentales de la existencia.

4.2.1. El mundo percibido (1ª MF).

El AE entiende la angustia como la amenaza psíquica o física frente a la posibilidad de pérdida de sostén en el mundo, que es la base para poder-ser. En esta desprotección la persona activa reacciones de Coping para sobrellevar la situación (Längle, 2005). Al inicio de la terapia las crisis de angustia paralizantes eran recurrentes en la vida de Marta; éstas comenzaron en la niñez y con aumento e intensidad en la adolescencia. En un comienzo, los síntomas se activaban por la dinámica familiar, sin embargo, en la adolescencia la paciente también sufre de cambios importantes en el ánimo, surgen sentimientos de tristeza y aumenta la ansiedad, “no entendía que me pasaba, solo me sentía así, a veces no pasaba nada y me sentía así”. Durante este periodo comienzan evaluaciones médicas y los diagnósticos de trastornos anímicos y/o trastorno de personalidad. En la actualidad, la angustia puede ser activada por cualquier hecho o situación de amenaza. Los síntomas los describe como dificultad para respirar, taquicardia, falta de firmeza muscular en extremidades inferiores, “pienso que me voy a morir”, los temores por salir a la calle eran constantes porque “en cualquier momento el cuerpo no responde”, “sucede sin aviso de nada y puede pasar otra vez”. Posteriormente, tenía que solicitar ayuda a su hermana, buscar atención de salud o servicios de urgencias. Además, la angustia reforzaba discursos como: “soy frágil, mi hermana me dice alas de mariposa”.

En la angustia fundamental, el no-poder-ser es la conmoción de hacer insegura la existencia, que vivencia como falta de apoyo y sostén del mundo, afectando gravemente en los diversos ámbitos de la vida de la persona (Längle 2005). Por otra parte, los episodios de angustia de expectativas eran frecuentes en Marta, incluso en los lugares de seguridad, estar sola o en casa de sus padres era insostenible, refiere temor de activarse la angustia y “no saber cómo controlarla, mi mente no para, mi cuerpo tampoco”. Las visitas en la casa de sus padres estaban relacionadas con enfrentar conflictos, como lo ejemplifican las siguientes frases de Marta en las sesiones de terapia: “ni siquiera puedo estar sola, que me van a pescar, quiero decir que paren, pero no puedo, no soy capaz, si lo hago me va a ir peor, mejor no debiera existir para no seguir sufriendo”. La angustia de expectativas o expectante es la actitud miedosa frente al miedo, la angustia que surge ante la posibilidad de volver a sentir la angustia primaria, es una interpretación que realiza el cuerpo de encontrarse frente a una amenaza, es el déficit de sostén de uno mismo y falta de coraje para confrontar el mundo (Längle, 2005). La falta de sí misma, como condición para la existencia, permiten afirmar que, en el caso de Marta, la 3ª MF se ve afectada. La manera de sobrellevar la angustia era evitar salir de casa y/o en caso de hacerlo con compañía o transitar por rutas conocidas, dormir en la cama con su hermana, cuando estaba con sus padres los fines de semana se acostaba todo el día a dormir y, en ocasiones, aumentando la dosis del tratamiento farmacológico “así evito que me digan nada, prefiero verme enferma que bien”; como refiere Längle (2005) “la sobrevaloración del sostén es un comportamiento inadecuado”.

Al observar cambios en la angustia fundamental y de expectativas, la paciente ha mostrado un progreso paulatino en la angustia fundamental debido al enfoque psicoterapéutico de acompañamiento y permanencia con Marta, validando su sentir y confrontando lo que amenaza. Para abordar la angustia de expectativas, el trabajo terapéutico se ha focalizado en apoyar un percibir adecuado, además de las técnicas de confrontación de la angustia y enfrentamiento a los espacios de socialización como traslados, horarios, dialogar con figuras de autoridad como jefatura, muestra alta competencia en funciones laborales, entre otras. Estos cambios van en concordancia con la 3ª MF.

4.2.2. La vida sentida (2ª MF).

Las condiciones para el acercamiento con el valor de la vida en Marta estaban bloqueadas. Como era costumbre, la paciente ingresaba a la sesión con marcha lenta, sin contacto visual, pálida, su pelo tomado, textura corporal menuda y vestida completamente con ropa holgada de color negro, su tono de voz bajo, lo que hace difícil escucharla. Al saludar ella estiraba la mano, después se sentaba al borde del asiento, se percibía distante. En el AE, la cercanía implica ser tocado, hay un contacto que permite que surjan los sentimientos (Längle, 2000). En principio Marta desconocía su sentir o querer; cualquier afecto, emoción o sentimiento la paciente los denomina angustia, incluso si disfrutaba un momento lo asociaba con ansiedad. “tengo que ir donde mis padres, es lo que tengo que hacer, si no voy me da mucha ansiedad, porque me llaman y me obligan a ir”, “mi pololo dijo algo de su ex y yo no sé qué me pasó, pero yo creo que ansiedad, después sola me puse a llorar y no paraba”. Los recuerdos de cercanía y calidez no aparecen tanto en los relatos acerca de sí misma como hacia los demás; “cuando estoy sola, me trato mal, no me gusta nada de mí”, “a mí mamá no

le gusta abrazar y a mí tampoco”, “mi abuela se lleva bien con todos, la quieren hartos, pero a mi mamá y nosotras con mi hermana nos trata pésimo, a mí papá no lo puede ver”. Estos ejemplos muestran la tendencia de la paciente a compararse y resultar menoscabada.

En AE se entiende la relación como la inclinación a una persona (tú) o cosa (ello), donde debo estar dispuesto a dedicarme a ese tú y al ello; y entonces nace la relación (Längle, 2000). Las expresiones de Marta hacia las personas próximas, como su hermana gemela, son de comparación y sobrevaloración del éxito de su hermana, en desmedro de ella misma. A pesar de vivir juntas tanto tiempo y de que su hermana la apoyó económicamente y estuvo acompañándola en los momentos de mayor crisis de su trastorno, las expresiones hacia ella no eran de consideración, o de afecto. La hermana la incorporaba a las actividades con sus amistades, por lo que no tenía que hacer esfuerzo o comunicarse con nadie “yo soy la hermana, todos saben que estudié en Chile, todos hablan yo escucho no más”. Necesitaba que su hermana estuviera, si no, lo sentía como abandono. Por ejemplo, en caso de que estuviera más ocupada con su pololo, Marta relataba “me siento como vacía, las personas se ven felices, pero yo todos los días no encuentro nada”, por lo que aumentaba crisis de angustia y cortes en sus brazos. Los cortes le permitían sentir “eso me calma, yo sé que no tengo que hacerlo, pero alivia”. La relación con su hermana es funcional y dependiente, por lo que prefería estar cerca de lo que ella percibía “seguro”, si no, se percibe perdida. Lo descrito da cuenta de un aspecto del trastorno de ánimo depresivo, cual es la falta de relación con el mundo y la vida, la falta de valores, comparación con los demás siempre en desventaja hacia sí misma, en la falta de vitalidad.

Es de relevancia analizar la aparición de las manifestaciones del trastorno límite de personalidad en la 2ª MF, debido que la comorbilidad de diagnósticos se refleja en la fuerza e intensidad, en la contracción de la vivencia, y en la distancia con los sentimientos: hay falta de sentimiento para sí misma, la amenaza al distanciarse por incrementar la falta de sentir, no esforzarse para entrar en relación con el mundo y la vida, sin tiempo para conocer o dedicarme. Se trata de un ser que es tocado por los sentimientos, sin embargo, no puede sentirse a sí mismo. Sin embargo, a medida que ha pasado el tiempo en la terapia se han producido cambios discretos en acceso a los sentimientos bloqueados, acercamiento a los duelos y dolores profundos, reconocimiento de emociones y canalización de los afectos para reacciones más reflexivas e integradas. Logra identificar sentimientos de rabia y tristeza, ira, alegría muy leve, se contacta rápidamente y de mejor manera con la tristeza, sin descartar que su ánimo depresivo influye en su sentir. Cabe destacar, que siempre está el riesgo de suicidalidad que se trabaja en el primer año en forma periódica, pero en el último año ha sido más distanciado.

4.2.3. El ser humano en su unicidad (3ª MF).

Durante su niñez y desarrollo, Marta no recibió de parte de su familia origen y otras personas consideración, trato justo y aprecio, lo que repercutió en su autoestima. No se le preguntaba por sus preferencias, gustos o sentir; se le imponía la forma de vestir, su madre determinaba que debían ser de la misma forma con su hermana; no podía enfrentar a su madre cuando le solicitaba que vigilara a su padre de las infidelidades, dado que ésta podría castigarla con la indiferencia y rechazarla por días; debió soportar las descalificaciones, o se sentía culpable por no

ayudar a su madre que sufría bastante. Recuerda que, a la edad de cinco años, al discutir sus padres, la obligaban a elegir con cuál de ellos quien quería quedarse.

El miedo que sintió de no volver a ver algunos de los progenitores son vivencias y traumas que no han sido elaborados.

Su capacidad de autodistanciamiento y de tomarse en serio estaban dañadas y, su autoestima profundamente afectada, “yo nunca estoy segura si está bien lo que hago”. Tenía dificultad en reconocer lo propio y lo ajeno, “no sé si lo que dije estaba bien o mal o la otra persona se equivocó, así que prefiero no decir nada”. También aparece un rechazo hacia sí misma y su cuerpo, no soporta estar sola, porque se descalifica y se autolesiona. La imagen corporal está distorsionada dado que se considera “gorda”, durante los años de terapia ha presentado un leve aumento de peso, pero no hay sobrepeso ni obesidad. Este cambio en su peso se debió a un desajuste en ingesta alimentaria, como prolongadas horas de ayuno o aumento de ingesta de carbohidratos, cambio a dieta vegana sin suplementos, efectos secundarios del tratamiento farmacológico y movimiento reducido, no obstante, mantiene periodos de mejora de dieta alimenticia y rutina de movimiento, lo que le permite sentirse un poco mejor y ordenar los ciclos circadianos que repercuten en el ánimo y actividades.

Con respecto a la parte de su cuerpo que rechaza, no acepta ni su cuerpo ni su rostro, los descalifica; “soy fea”, “no veo nada bueno, yo no puedo mirarme en el espejo”, la madre le refiere que su cuerpo es “asqueroso”, sobre todo “los senos de las mujeres”. Marta lo explica en que mujeres por las cuales su padre sentía atracción. Además, el abuso sexual dejó un registro doloroso muy profundo en Marta, lo describe como de ser usada y no valer nada, “no pude hacer nada, no me acuerdo que me hicieron, tenía asco después”. Con el pasar del tiempo y la llegada de la adolescencia comenzó la diferenciación con su hermana, pero operó una diferenciación de opuesto, es decir, si la hermana es extrovertida entonces Marta es introvertida, si su hermana es bonita, Marta es fea. No surge lo propio y auténtico. Ella mantuvo esa tendencia por el discurso de su madre y porque su hermana “trataba de verse lo más distinta a mí”. El espacio terapéutico ha procurado construir la autoestima a través de las condiciones externas de la 3ª MF, asimismo mejoró levemente el diálogo a nivel personal y con los demás, y el autodistanciamiento: puede colocar distancia y no quedar en la emoción primaria, Marta ha podido revisar su biografía y dar cuenta en palabras que “no fue justo lo que me hizo mi mamá, me puso en medio de un problema de ellos”, aún tiene dificultad en confrontar a otros cercanos, pero puede reconocer lo propio y lo ajeno, porque puede distinguir de mejor manera los sentimientos que van surgiendo por el trabajo de la 2ª MF.

4.2.4. El sentido que nos llama (4ª MF).

Marta presenta falta de sentido y horizonte de futuro, “no puedo imaginar una semana y menos un año más, no veo nada”, los relatos eran en relación al pasado y escasamente al presente, Marta comenta en las sesiones que no siente nada profundo, “es como si estuviera vacía” que se relaciona con el ánimo depresivo de no ser tocada por los valores, pero además por su aspecto *bordeline* por no saber de sí misma ni de su sentir. Debido a los cambios paulatinos de las tres motivaciones personales, actualmente, aparece un discurso de futuro, ha planificado proyectos de

vacaciones que ha concretado, ha viajado para ver a su grupo musical favorito en otro país, se proyecta conviviendo con su pareja “a lo lejos”.

4.2.5. Método AEP.

La relación dialógica desde lo externo y lo interno de Marta se encontraba bloqueada, solo alcanzaba paso 1, la emoción primaria con reacciones de coping; estaba imposibilitada la elaboración y posición de los pasos 2 y 3.

4.2.6. Trabajo terapéutico.

El motivo de consulta de Marta era trabajar en su autoestima, no obstante, existía una variabilidad de la sintomatología depresiva y reacciones de coping que dificultaba el trabajo de la 3ª MF al inicio de la terapia. Se propuso a la paciente, primero comprender sus síntomas y después que tomara posición y acción, sin pasar por alto el motivo, lo cual ella aceptó.

Durante el primer y segundo año, se trabajó la presencia de las condiciones de las 3ª MF como: el vínculo paciente-terapeuta, que ella sintiera que podía ser quién era, tomada en serio y seguro, etc. Al mismo tiempo, el trabajo estaba enfocado en consultoría y alternando con psicoterapia. La primera intervención fue sobre las crisis de pánico y angustia que la paralizaban y huía del conflicto, éstas interferían en todos los ámbitos de la vida. Además, se realizó psicoeducación con las emociones y sentimientos, tenía desconocimiento de éstos a todo el ámbito del sentir le dominaba angustia y depresión. Al mismo tiempo, Marta tenía los “ritmos buenos para vivir” (Lukas, 2020) alterados: psicoeducación en sueño y vigilia con higiene del sueño, que hasta la fecha se encuentran alterados por insomnio de la noche. Hábitos alimenticios; horarios y alimentación saludable evitar prolongadas horas de ayuno que intensificaba su falta de vitalidad.

Durante este periodo hubo dos hitos importantes; primero, defender su tesis para el título profesional y segundo, fallecimiento de su mascota (Lulo). En el primero se trabaja las condiciones de 1ª MF y 3ª MF, consultoría respecto a la preparación de la defensa. Luego de aprobar su examen, aparece un insinuante “yo puedo” y “soy capaz”. En lo segundo, acompañamiento de duelo considerando la 2ª MF, la mascota estuvo en agonía durante un mes, ella se hizo cargo del cuidado y administración del medicamento cada cuatro horas por 24 horas. Existía una dependencia muy alta con su mascota, viajaba con él, iba a recitales, es decir, por años estaba todo el día con Lulo, de solo pensar que no iba estar lo sentía una amenaza vital:” no podía soportar la pérdida (“me voy quedar sola, que va ser de mí”), por lo que las crisis de angustia aumentaron y también los cortes en sus brazos y la irregularidad del tratamiento farmacológico; la ideación suicida era constante, por lo que se debió aplicar los protocolos de suicidalidad e intervención.

A pesar, de la intensidad de los síntomas y alto riesgo de suicidio, no requirió hospitalización, y se trabajó en equipo con su psiquiatra. Después de un tiempo prolongado y con acompañamiento de duelo, pudo soportar y aceptar la muerte de Lulo; en la terapia las lágrimas fueron calmándose y ella pudo ir elaborando de mejor manera su dolor y su temor a la soledad, por lo que se retomó el trabajo paulatino con la 3ª MF. Además, aumentaron sus ingresos, por lo que decidió trasladarse a

un nuevo departamento con dos dormitorios. Marta había compartido dormitorio con su hermana gemela desde niña, era primera vez que “nos separamos”, el trabajo se enfocó en la diferenciación, situación que se presentó con mucha resistencia y el temor al abandono. Aparece sentimiento de amenaza de pérdida, “que va a ser de mí cuando no pueda dormir y cuando me dan ganas de matarme”. A la vez, se muestra que Marta manipula a la hermana con la ideación suicida para mantenerla cerca, cuando ésta comienza una relación amorosa que Marta desaprueba, porque ya no se ocupa de ella como antes. Con respecto al dormitorio se trabaja en cómo ocupar el espacio, contactándola con sus gustos y tendencias para decorar con lo propio, todo lo cual tomó bastante tiempo. Era primera vez que contaba con un espacio propio y para disponer del lugar como ella quisiera, y también poder vivenciar (y soportar) estar sola ahí. Los primeros meses no podía conciliar el sueño por pensamientos intrusivos de descalificaciones, al principio se iba a acostar con su hermana, pero al tiempo comenzó a quedarse sola en su habitación. A la vez, en lo laboral comienza a realizar trabajos que no estaban vinculados a la profesión que estudió, pero la mantenían ocupada y los pensamientos intrusivos eran menos. La angustia aumentaba al enfrentarse a la relación de autoridad con la jefatura.

Otro hito importante ocurrió previo a la pandemia COVID-19. Marta comienza a tener distanciamiento con sus padres; enfrenta a su madre respecto de viajar y visitarla todos los fines de semana, reduciendo una vez al mes y después una vez cada dos meses. La relación con su madre hasta la actualidad es conflictiva, aunque sus sentimientos de culpa después de una discusión ahora duran días u horas y antes, semanas. Trabajando con AEP pudo tomar distancia emocional de la madre, y ver la victimización de ésta por la infidelidad del padre, también pudo ver que había sido usada: “estuvo siempre preocupada de ella, yo no le interesaba, ahora me da rabia y pena”. Esto es un gran paso para Marta, aunque aún no se siente capaz de confrontar directamente a la madre. Al pasar el tiempo se agrega otro hábito de movimiento regular y extenso: tiene salidas diarias con la bicicleta.

Desde finales de 2021 a 2022, el trabajo se ha centrado más en la psicoterapia y con alternancia de consultoría. Se ha profundizado en el tema de su dolor, al tener más recursos propios y en ocasiones el método de AEP puede elaborar los tres pasos. Su dolor más profundo fue la falta de consideración y trasgresión de parte de sus padres, le invalidaban lo que sentía y pensaba, ella puede ver que en eso se pierde, que duda constantemente, por eso necesita de los otros, porque sin los otros no puede, “me pierdo”; y acepta la relación punitiva para no quedarse sin nada.

Otros ámbitos de relación significativos son la pareja y la alternancia entre contactos sociales y soledad. En un comienzo casi no hablaba de su novio, pero hace un año sí: sobre las cosas que hacen juntos, el apoyo que se brindan mutuamente, incluso de sus sentimientos de amor. En una ocasión se sentía muy avergonzada por sentir celos, ya que “yo no debo sentir celos”. Por otro lado, paulatinamente comienza a realizar actividades en forma independiente, sin la protección de la hermana, por ejemplo, reunirse con otros amigos.

Finalmente, hace algunos meses presentó a su novio a sus padres y fue aceptado. La hermana tuvo un desbalance económico, por lo que hoy, es ella la que aporta el mayor ingreso para el sustento y arriendo. Encontró trabajo como periodista y tiene un segundo trabajo en boletería de recitales. Viajó a ver a su banda favorita al extranjero, comenzaron los relatos de proyectos de futuro

como vacaciones, posibilidad de independencia con su novio. Todos estos avances han sido acompañados con sintomatología angustiosa y depresiva, las condiciones de las 4ª MF ya no están bloqueadas como al inicio, pero algunas están alteradas por las vivencias del pasado. La paralización y evitación cada vez son menos frecuentes. Hoy la ideación suicida, los cortes y las descalificaciones hacia sí misma se mantienen, pero en baja intensidad; y en ocasiones puede pedir ayuda, porque comprende que a veces no puede y en otras sí, lo cual se observa en la comunicación que establece en la terapia acorde a su sintomatología.

5. CONCLUSIONES

Caponni en su libro “Psicopatología y semiología psiquiátrica”, refiere que la práctica clínica dependiendo de la demanda del paciente, se enfrenta con actitudes y conductas diferentes. (Caponni; 2002). Por ejemplo: en caso de riesgo vital; se evalúa el uso de análisis psicopatológico y funcionalidad yoica que podrá precisar el riesgo, si requiere hospitalización, tipo de tratamiento, etc. Es decir, se busca atender la urgencia y estabilizar al paciente. En un segundo momento centrar en análisis en la dinámica yoica, en caso contrario, de dejar en segundo momento los síntomas y los riesgos del paciente podría conllevar a negligencia, dado la gravedad del cuadro.

¿Cómo comenzar un tratamiento terapéutico con comorbilidad, donde ambos diagnósticos son de alto riesgo vital? Marta tenía un historial clínico de larga data, con antecedentes de baja adherencia a tratamiento y profesionales, con tres hospitalizaciones previas, con riesgo suicida permanente, con ajuste farmacológico cada cierto tiempo, además, el contexto de su biografía. ¿¿Cómo comenzar?”: Esta pregunta se repitió en varias ocasiones, y a la vez, “la formación profesional como psicoterapeuta ¿será suficiente para poder acompañar a Marta en este proceso?”

No se poseen claridades absolutas al iniciar un proceso psicoterapéutico; no obstante, la intuición es un buen indicador que ayuda como brújula. En principio el trabajo se enfocó en la sintomatología y prevención de los riesgos, complementando con psicoeducación, la activación de redes de apoyo, comunicación con psiquiatra tratante, es decir, enfocada en la consultoría. Al tiempo, el solo trabajo en la consultoría no permitía comprender el sufrimiento de la paciente. Cabe destacar, que los síntomas depresivos y angustiosos eran tan intensos, que solo hubo abordaje del trastorno anímico. Previamente se había tenido experiencia con pacientes con trastorno límites de personalidad, sin embargo, en Marta el trastorno *bordeline* era atípico, no se podía visualizar lo caracterológico y profundo del cuadro, debido a que existía otro diagnóstico que no era evidente al inicio de la terapia, pues la paciente se mostraba puramente depresiva. Por un parte, lo depresivo mostraba la falta de vitalidad, carencia en la relación con la vida, consigo misma y el mundo y por otra parte, la intensidad en la relación con dependencia, sentimiento de abandono con sus próximos, cortes, desconocimiento de su sentir y ser.

En un segundo momento de la terapia, el acercamiento fue a través del abordaje fenomenológico del Análisis Existencial. Sin dejar su importancia, los síntomas pasaron a segundo lugar, se había fortalecido el vínculo terapéutico, había sesiones donde Marta solo quería llorar y se permitía hacerlo, en algunas ocasiones había solo que estar ahí acompañando, comenzaron a fluir las narraciones que ella hacía de sus sufrimientos, miedos. Los aspectos y asuntos que para ella eran

valiosos fueron escasamente abordados en principio, pero se fueron ampliando con el tiempo: por ejemplo, su grupo favorito y cómo llegó a apreciarlos (había una gran historia), además es una gran lectora del ámbito social y político, etc. Del mismo modo, en algunas ocasiones las vivencias de angustia y amenazas lograban ser resueltas con AEP: salir de la emoción primaria, tomar distancia y concretar. Esto es debido que se fue trabajando la 4ª MF simultáneamente durante el proceso de las sesiones, ella podía tomar distancia porque las condiciones de la 3ª M tenuemente podían verse.

En la actualidad, Marta mantiene una alta adherencia al tratamiento farmacológico con psiquiatra y psicoterapéutico; reconoce cuando requiere ayuda y pide apoyo, aunque aún le cuesta. De hecho, hay avances pero también retrocesos constantes, puede tener claridad tanto en lo que piensa y siente, pero a la semana siguiente se requiere empezar nuevamente; mantiene reacciones de coping moderados, el riesgo suicida cada cierto tiempo aparece, ella manifiesta explícitamente sus intenciones y los modos, por ello siempre tiene espacio para ser escuchada en sesión y se reactivan las redes de apoyo; no obstante, los cortes han disminuido en su frecuencia e intensidad, ya enfrenta mejor conflictos de la vida diaria. En relación a su familia, no puede aun confrontar, pero reconoce y toma distancia de las demandas de éstos.

Finalmente, de acuerdo a lo descrito, en un primer momento, la comorbilidad fue atendida a través de la consultoría, necesaria para entregar recursos al paciente que sean útiles para el manejo de síntomas; pero eso no es suficiente, ya que nos enfocaría solo en la conducta y podría dejar de ver lo más importante, al paciente y su sufrimiento. Para este caso se utilizó como guía de trabajo terapéutico el enfoque fenomenológico y los ejes estructural y procesal del AE, una fuerte relación de trabajo en equipo con el psiquiatra de la paciente que ha permitido apoyarla en las situaciones agudas. Esto se complementó con una constante revisión bibliográfica y estudio de nuevas técnicas para el abordaje de la comorbilidad, sin olvidar que el trastorno anímico tiene una base biológica de tratamiento médico, por lo que es fundamental la comunicación con el equipo tratante y redes de apoyo. Las supervisiones han sido de gran apoyo, pues permiten revisar el estado de Marta junto a terapeutas con diferentes tipos y niveles de experiencia profesional.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Akiskal, Hagop y Vázquez, Gustavo. Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: validación del concepto de espectro. En Revista VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVII, N° 69.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Guía de criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychaitric Publishing. 417 págs.

Buber, Martín (2003). El camino del hombre. Buenos Aires: Altamira: Introducción por Roger Calles, págs, 12 a 16.

Capponi, Ricardo (2002). Psicopatología y semiología psiquiátrica. Editorial Universitaria. 7a Edición. Santiago de Chile. 316 págs.

Croquevielle, Michèle (2009). Análisis existencial: sus bases epistemológicas y filosóficas. Revista Castalia, Año 11, Núm 15, Págs. 23-34.

Croquevielle, Michèle y Traverso, Gabriel (2011). Análisis Existencial de Alfried Längle. La conducta en una vida con aprobación y consentimiento. En: Martínez, Efrén (2011). Ed. Las psicoterapias existenciales. Editorial El Manual Moderno. Colombia. 237 págs.

Croquevielle, Michèle (2013). La libertad para vivir la propia vida. En Längle, Silvia y Traverso, Gabriel (Comps.) Vivir la propia vida. Editorial Mandrágora. Santiago de Chile.

Croquevielle, Michèle (2019). Encuentros existenciales. ICAE. Santiago de Chile. 167 págs.

Frankl, Victor (1987). Teoría y terapia de las neurosis. Editorial Herder. München, Alemania. Primera Edición. 3ra reimpresión. 292 págs.

Hernández, Fernández y Baptista. (2001). Metodología de la Investigación. Mc. Graw Hill 3ª Edición.

Längle, Alfried (2000). Conferencia: Las cuatro motivaciones fundamentales de la existencia. Seminario en Buenos Aires. Mayo 2000.

Längle, Alfried (2005). La Búsqueda de Sostén. Análisis Existencial de la Angustia. Terapia Psicológica, vol. 23, núm. 2, diciembre, pp. 57-64; Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Santiago, Chile

Längle, Alfried (2017). ¿Sin ser? ¡No soy! Del desesperado intento del ser humano por poder vivir (Borderline). En: Revista Existencia, 34, 1, 4-18.

Lukas, Elizabeth (2020). Paz Vital, Plenitud y placer de vivir. Los valores de la Logoterapia. Editorial Planeta. Barcelona, España. 148 páginas.

Martínez, Efrén (2011) Los modos de ser inauténticos: psicoterapia centrada en los trastornos de la personalidad. Editorial El Manual Moderno, Colombia.

Mosquero, Dolores (2013). Diamantes en bruto (I). Ediciones Pléyades. Madrid, España. 133 págs.

Retamal, Pedro (2014). La enfermedad bipolar. Una guía para conocerla y enfrentarla. Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/159335>

Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. Editorial Aljibe. Málaga, España.

Salinas P., Fullerton C., Retamal P. (2018). Trastornos del Ánimo y DSM-5. Rev Chil Neuropsiquiat. 52 (supp.1).

Taylor, SJ y Bogdan, R (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Editorial Paidós Básica. Barcelona, España. 344 págs.

Valdivieso-Jiménez, Glauco (2019). Severidad clínica trastorno en bipolar, límite trastorno de la personalidad y su comorbilidad. En revista chilena Neuro-psiquiátrico. Vol. 57, Núm. 2. Santiago de Chile.

Valles, Miguel (1999). Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Editorial Síntesis. Madrid, España.