



El difícil caso de los pacientes Borderline

Francisco Ruiz Manresa¹.

¹Médico Psicoanalista

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

El transtorno borderline de la personalidad muestra gran variabilidad en la presentación clínica. Esto permite multiplicidad de enfoques descriptivos que van desde los recuentos fenomenológicos hasta consideraciones diagnósticas basadas en abstracciones teóricas sobre la etiología, o sobre las teorías de estructura de la personalidad.

INTRODUCCIÓN

Los practicantes no hemos encontrado acuerdos satisfactorios para establecer definiciones diagnósticas o recomendaciones terapéuticas, al enfrentar los casos de los pacientes definidos hoy como limítrofes o "borderline". El carácter crónico y cambiante del padecimiento y la larga duración habitual de los tratamientos imponen dificultades adicionales a la validación y a las comparaciones entre las modalidades diversas de tratamientos. El artículo discute aspectos generales del diagnóstico, etiología y tratamiento. Presenta un sistema de registro de variables de fácil observación, que permite seguir y evaluar los cambios terapéuticos de estos pacientes tratados con psicoterapia de orientación analítica.

Desde finales del siglo pasado hemos definido con pocos cambios dos modalidades de pacientes. Por un lado, aquellos que abiertamente sufren cuadros de deterioro importante y a veces progresivo, con largos y repetidos lapsos de ideación psicótica. Por otro, aquellas personas con relativo buen ajuste al entorno real, sin desórdenes psicóticos, cuyo síntoma prominente suele ser la angustia, y que globalmente constituye el grupo de los desórdenes neuróticos. Sin

embargo fue siempre fácil observar a un grupo amplio de pacientes con presentación clínica variada que no puede ser incluido en ninguno de estos polos. Más perturbados que los neuróticos, muestran claramente sus dificultades crónicas en las relaciones inter personales, en el sentido privado de la identidad y en el control de impulsos y emociones. Aunque pueden presentar trastornos de tipo psicótico, éstos tienden a ser episódicos y no progresivos. Su pensar, aparentemente adecuado a las realidades del entorno, tiende a dejar en el observador la sensación de extraño o bizarro.

Los autores mantuvieron por largo tiempo que este grupo de pacientes correspondía en realidad a formas frustras e inestables de las patologías más severas o psicóticas. El estudio de los casos permitió mostrar semejanzas de rasgos o variables entre subgrupos de pacientes. Así extraídos y distinguidos con nombres de los tiempos heroicos de la psiquiatría (como la "folie hystérique" de Falret), mantuvieron temporalmente sus identidades nosológicas particulares.

La idea imperante en el tema al concluir el siglo IXX era la de una modalidad de locura como lo ilustra el título de un trabajo importante de Rosse, *Clinical evidence of borderland insanity* (1890). Consolidados los principales conceptos de las teorías psicoanalíticas vigentes a mediados de los años treinta, y sistematizados los principios generales del psicoanálisis como terapia, el momento fue propicio para nuevas observaciones, descripciones y la sistematización de procedimientos terapéuticos relativos a este grupo de pacientes. Ya armado con estos conocimientos y experiencias Adolph Stern (1938) publicó un trabajo pionero en el cual separó al grupo del reino de las psicosis, y acuñó el término "borderline" con acepción muy próxima a la actual. El trabajo de Stern además sentó bases a la descripción fenomenológica del padecimiento y permitió resaltar un importante número de variables observables comunes que dieron cohesión definitoria al concepto.

Después de Stern han sido muchos los autores que han ahondado en la descripción del cuadro y han contribuido a definir y delimitar el síndrome. Este, rápidamente cobró importancia y popularidad. El número de publicaciones dedicadas a su estudio ha mostrado un crecimiento sostenido e importante a partir de la segunda mitad de los años sesenta (Fig. 1).



Fig.1. - Número de trabajos directamente relacionados al tema de los pacientes borderline en las principales publicaciones psicoanalíticas, agrupados por décadas desde 1945. A partir de 1965 podemos observar un progresivo y pronunciado aumento del número de estas publicaciones.

El incremento en el número de publicaciones es probablemente paralelo a la frecuencia con la cual los practicantes diagnostican y tratan a pacientes de estas características. La eficacia cada vez mayor de distintos fármacos para el tratamiento de afecciones psiquiátricas definidas en el eje primero (axis I) del aceptado manual DMS IV, ha hecho que los psicoterapeutas definan cada vez más su trabajo dentro del reino de los trastornos de la personalidad. Es ese el mundo de los pacientes borderline.

DIAGNÓSTICO

El trastorno borderline de la personalidad muestra gran variabilidad en la presentación clínica. Esto permite multiplicidad de enfoques descriptivos que van desde los recuentos fenomenológicos hasta consideraciones diagnósticas basadas en abstracciones teóricas sobre la etiología, o sobre las teorías de estructura de la personalidad.

La observación de estos pacientes por largo tiempo ha resultado en el descubrimiento de una organización relativamente estable, camuflada en aparentes cambios y oscilaciones rápidas. M. Schmideberg (1959) definió esta cualidad como la "estable inestabilidad" y el término ha sido muy aceptado por los autores. La variabilidad en la presentación clínica de los pacientes englobados en las definiciones actuales de borderline, resulta en un amplio listado de manifestaciones sintomáticas y de constelaciones sindromáticas. El enfoque diagnóstico seguido en los DMS desde la aparición del término en la edición de 1980 (DMS III) da importancia a la línea descriptiva y fenomenológica. Los trabajos de Gunderson y colaboradores (1975, 1978, 1981) y de Gunderson (1984) dieron solidez a los criterios aceptados por la American Psychiatric Association en sus manuales de diagnóstico. En especial Gunderson y Singer (1975) enmarcaron las características aceptadas y comunes a los planteamientos diagnósticos más sólidos de la época (Knight, 1953, Kernberg, 1967, 1975, Grinker, Werble & Drye, 1968).

Las descripciones fenomenológicas plantean criterios requeridos para el diagnóstico. Entre ellos podemos resaltar:

- Trastornos diversos del sentido de identidad (fallas en la cohesión de las representaciones de self, y las de los otros u objetos significativos, trastornos del sentido de género, elección de carrera, claridad de roles y objetivos de vida, etc.).
- Relaciones interpersonales inestables e intensas, con rápidas oscilaciones entre idealizaciones y devaluaciones, manipulaciones grotescas y situaciones marcadas por dependencias extremas.
- Pobre control de impulsos, con actuaciones abiertas de tipo auto o hetero agresivo, gastos impulsivos, hurtos, abuso de alcohol o drogas, exhibicionismo, actos sexuales en contextos dañinos, etc.
- Frecuentes episodios de rabia imposible de controlar.
- Conductas suicidas o para-suicidas, actos de auto mutilación, accidentes repetidos, peleas físicas

- Inestabilidad afectiva con oscilaciones entre euforia y depresión, angustia flotante e irritabilidad.
- Adaptación superficial a tareas relativamente estructuradas (estudios, trabajo) con dificultad en iniciativas propias persistentes, en especial ante situaciones frustrantes.
- Sensaciones frecuentes de tedio o vacío.
- Dificultad en situaciones de soledad, con manifiestas acciones para evitarlas.

El listado de características sindromáticas facilita un inventario diagnóstico. Las orientaciones e intereses particulares de los autores han ampliado o circunscrito, según el caso, el área del desorden o estructura borderline.

De particular interés han sido los trabajos de Kernberg (1981,1984) dentro de la vertiente psicoanalítica. Este autor ha enfatizado la importancia de la estructura de la personalidad en el diagnóstico y patología del paciente borderline. De manera esquemática ha planteado la diferencia entre los pacientes borderline y los neuróticos en la presencia de un síndrome de difusión de la identidad en los primeros, mientras que los neuróticos mantienen un sentido coherente de identidad yoica. Además, típicamente los borderline mantienen defensas primitivas características (negación, escisión o splitting, identificación proyectiva, idealización y devaluación) en contraste con las de mayor madurez típicas de la organización neurótica de la personalidad (represión, formación reactiva, intelectualización, sublimación). La diferenciación entre las organizaciones borderline y la psicótica está centrada según Kernberg, en el mantenimiento de un adecuado juicio de realidad en el grupo borderline, en contraste con el grupo psicótico. Si bien pueden parecer sobre simplificados estos planteamientos, son delineamientos de utilidad en la gran mayoría de los casos. Posiblemente la aplicación del esquema diagnóstico de Kernberg y su popularidad, ha contribuido a ampliar el número de pacientes diagnosticados en la actualidad como borderline, y al entusiasmo y énfasis en el estudio contemporáneo del grupo.

A pesar de los esfuerzos por caracterizar y definir al grupo de pacientes borderline, la variabilidad y las oscilaciones hacen a veces difícil la tarea diagnóstica. La presencia transitoria de episodios claros de ideación psicótica en estos pacientes hace que sea recomendable la cautela en la distinción con cuadros de patología afectiva mayor. Igualmente debemos considerar la posibilidad de co-morbilidad de pacientes borderline, con patologías francas de eje uno (axis I, DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. American Psychiatric Association, 1994.)).

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ETIOLOGÍA

Los estudios sobre la etiología de la organización neurótica de la personalidad enfocan aspectos variados tanto constitucionales como de desarrollo. Daremos sólo una visión muy general de algunos de ellos.

Los planteamientos derivados de estudios psicoanalíticos son múltiples. Kernberg (1975, 19881, 1984) ha enfatizado la importancia de factores constitucionales primarios consistentes en un monto alto e innato de agresividad, dificultades en tolerar y utilizar la angustia como señal, deficiencias en las capacidades yoicas de neutralizar la agresión y transformarla en motor para logros y desarrollo, e importantes fallas en la capacidad de integrar representaciones polares

(bueno ? malo) tanto de las representaciones de self como de objeto. De estas dificultades constitucionales resulta una demanda o presión mayor y no siempre satisfecha sobre el entorno y las figuras parentales. A pesar de fallas en la integración del mundo de representaciones, logran desarrollar un grado aceptable de constancia objetal, pero con el mantenimiento de mecanismos defensivos primitivos. Estos les permiten mantener vínculos precarios con alternos episodios de idealización y desvalorización, en abierta falla de constancia emocional.

Masterson y Rinsley (1975) y Masterson (1976) en contraste con Kernberg, enfatizan más el rol y función maternos en la génesis del síndrome. Consideran crítica la falla de la madre en suministrar apoyo libidinal en la sub-fase crítica de "rapprochement" del proceso de separación-individuación descrito por M. Mahler (1971), y M. Mahler y colaboradores (1975). Ante los esfuerzos por progresar del infante, las actitudes normales que le llevarán a un proceso estable de desarrollo mayor de funciones yoicas durante el proceso de separación-individuación, son percibidas por la madre del futuro paciente borderline como peligrosas y angustiantes. Como resultado de la propia patología (a menudo de tipo borderline) la madre no acompaña y apoya al niño durante ese tipo de experiencias. La contrapartida en el infante es la percepción de un estado de abandono y depresión. La madre mantiene así al infante en un estado favorecedor del estancamiento y regresión, en continua amenaza de perder el afecto, apoyo y acompañamiento necesarios para su bienestar y progreso. Las defensas primitivas, el mantenimiento de la negación, idealización y escisiones son fáciles corolarios de la situación planteada.

Otros estudios han demostrado la frecuente asociación de alteraciones y déficits neurológicos con la organización borderline de la personalidad. Hartocollis (1968), Murray (1979), y Adrulonis y colaboradores (1981) han planteado como en los casos de disfunción cerebral mínima, o en cuadros infantiles de síndrome de déficit de atención, el niño presenta conductas impulsivas, hiperactividad, oscilaciones de estados de ánimo, etc., que hacen frecuentes las dificultades en las relaciones afectivas con las personas significativas del entorno. Al mismo tiempo, la propia percepción del niño de las razones y participación personal en estas dificultades es poco realista. Poco a poco el niño consolida un mundo privado de dificultades cognitivas, descontrol afectivo y mal interpretación del entorno típico del cuadro borderline.

Otro aspecto importante en la etiología es la asociación frecuente de la organización borderline de la personalidad a la presencia de familiares con trastornos afectivos. Un estudio reportó que en un grupo de 18 pacientes seleccionados como representantes típicos de patología borderline por el mayor número de criterios, podía comprobarse la presencia de 27 familiares con enfermedad psiquiátrica, en particular del tipo de enfermedad maníaco-depresiva (Stone, 1977)

Otros han enfatizado la importancia de traumas infantiles tempranos, abandonos, etc., pero en resumen, quizás podamos concluir que la experiencia muestra que no todos los casos pueden ser ubicados y explicados de acuerdo a una vertiente o teoría única. Podemos decir que lo habitual es ver como confluyen en un mismo paciente muchas de las situaciones o determinantes etiológicos aludidos.

IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

De lo expuesto hasta aquí resulta fácil entender que el tratamiento de los pacientes borderline no es tarea fácil para los terapeutas. La relación terapéutica reactiva muchos de los conflictos y

tortmentos que los pacientes han experimentado en su vida cotidiana. Debemos recordar que no se trata simplemente de reactivaciones de transferencias del pasado; el paciente se relaciona con el terapeuta con el mismo repertorio de capacidades yoicas, disposiciones afectivas y a la acción con las cuales vive su vida cotidiana. Las idealizaciones comunes en los primeros días de terapia, en los cuales suele ser frecuente una luna de miel, tornan con frecuencia y abruptamente en devaluación, odio y agresión, con continuas amenazas de abandono del tratamiento. Muchas veces el paciente permanece en hostilidad y desafío abierto, y mantiene la asistencia sólo por serios temores y angustias por la amenaza de abandono, sensación de fracaso y culpas de índole persecutorias derivadas de la propia percepción de la agresividad. Las actuaciones fuera y dentro de las sesiones son frecuentes. También lo son las complicaciones derivadas de intentos, o de reales intromisiones de los familiares ?muchos de ellos igualmente borderline- en la situación terapéutica.

La práctica de una técnica psicoanalítica sin modificaciones fue abogada inicialmente por muchos practicantes. La consecuencia probablemente fue el aumento en la literatura de los trabajos que lidian con reacciones terapéuticas negativas e interrupciones del tratamiento. Por supuesto que algunos pacientes podían permanecer en tratamiento a pesar de las fallas generales del encuadre analítico canónico. Igual sucede con otras modalidades terapéuticas que validan sus métodos con el grupo de pacientes que permanece en tratamiento. Probablemente algunos van mejor con determinado enfoque que con otro, pero aún distamos de un procedimiento psicoterapéutico universal y relativamente garantizado para el mayor número de casos. Pienso que tiene gran vigencia la recomendación de M. Schmideberg: *"Estos pacientes no pueden ser tratados por análisis clásico, y como no pueden ser curados por ningún tipo de análisis, debemos modificar el método. El analista debe ser, por encima de todo, un terapeuta, y tratar al paciente es más importante que la adherencia a ciertas reglas. La técnica debe adaptarse al paciente, y no el paciente a las reglas"* (1959, pp. 93, traducción libre).

El planteamiento de M. Schmideberg no era aislado. La década de los años 50 mostraba ya para el psicoanálisis los frutos de la diversidad de practicantes, pacientes y críticas de las teorías. Primero, y con timidez, se plantearon y aceptaron como válidos los modestos "desvíos" temporales de la técnica clásica adaptados a las características yoicas del paciente, a los cuales se llamó parámetros (Eissler, 1953). Poco después en forma más franca fue aceptado por muchos el criterio de apertura del psicoanálisis para incluir a pacientes no susceptibles de adecuado tratamiento por la técnica tradicional (Stone, 1954). La apertura o "widening scope" aceleró las observaciones, su reporte y la discusión de nuevas teorías sobre todo en el campo clínico.

Hoy es aceptado por la gran mayoría de los psicoanalistas que sólo un muy escaso grupo de pacientes borderline puede permanecer y beneficiarse de un tratamiento psicoanalítico a la usanza tradicional o canónica (Abend y colaboradores, 1981, pp. 243). Pero al aceptar la ampliación del abanico técnico, tenemos que enfrentar con modestia nuestro estado actual de desarrollo formal en la técnica y los resultados esperados (Weinshel, 1990).

Hoy contamos con lineamientos técnicos generales y probablemente con enfoques múltiples, variados y en sucesiones marcadas por el desarrollo particular del proceso terapéutico de cada paciente. Tendemos a enfatizar y favorecer aspectos expresivos más que supresivos (o de consolidación de las defensas) cuando es posible. En otros momentos del tratamiento podemos sin embargo centrar mucho más el trabajo terapéutico en lograr adecuada sintonía con las necesidades afectivas de holding o contención dentro de un ambiente seguro y estable.

En los períodos en los cuales el ambiente es percibido por el paciente como seguro, la relación empática y participante del terapeuta facilita el ejercicio y maduración de las funciones yoicas. En esas condiciones el trabajo es interpretativo, con franca y abierta discusión de aspectos emocionales activados continuamente en el momento ("aquí y ahora") terapéutico.

El terapeuta tratante de pacientes borderline tendrá que estudiar atenta y continuamente los efectos de sus propias intervenciones en el material mostrado por el paciente. Cada intervención del terapeuta, cada omisión, gesto o aún pequeñas alteraciones en el encuadre formal, tiene el potencial de crear presiones y demandas singulares en la mente de cada paciente borderline. El procesamiento de estas presiones resulta en nuevos conflictos y compromisos de acuerdo a las capacidades yoicas disponibles para el paciente al momento. Las situaciones de frustración, rabia o la sensación de abandono, pueden rápidamente ocasionar un empuje regresivo de las funciones yoicas, producir angustias exageradas, movilizar manifestaciones defensivas muy primitivas e inducir a tendencias abiertas a la acción.

Con frecuencia el terapeuta tendrá que jerarquizar el enfoque dentro de un espectro variado de alternativas y problemas por enfrentar. La poca tolerancia a la frustración mantiene en muchos casos la amenaza de la suspensión abrupta del tratamiento y naturalmente el punto toma prioridad ante otros problemas pendientes. Esto es particularmente frecuente en las primeras fases del tratamiento. Puede entenderse cómo muchos pacientes borderline pueden percibir por largo tiempo al tratamiento como una amenaza a su "estable inestabilidad" habitual, a su modo singular de interpretar y resolver los problemas. La alianza terapéutica puede por ello caer continuamente en ciclos rápidos de construcción y destrucción.

El proceso terapéutico es también un proceso de filtro. Cada par terapéutico (paciente y tratante) enfrentará dificultades singulares, no repetibles ni universales. Es natural que sólo se mantengan aquellos tratamientos en los cuales la pareja haya podido sortear exitosamente las dificultades. Pueden darse modalidades terapéuticas válidas, en las cuales los terapeutas imponen a priori estructuras determinadas, planes u objetivos de tratamiento relativamente concretos. Probablemente el resultado sea que queden en tratamiento pacientes seleccionados automáticamente, que pueden progresar a veces de manera rápida dentro de la modalidad terapéutica planteada por el tratante. Tomados en cuenta sólo los resultados positivos de los tratados, podríamos erróneamente concluir que la modalidad de tratamiento empleada fuera superior a otra. Tales conclusiones son frecuentes en la literatura, al defender los autores sus modalidades terapéuticas particulares. Pienso que es imposible el dominio de todas las técnicas y teorías disponibles hoy en día. Cada tratamiento impone a cada terapeuta un reto que ha de resolverse en el campo del trabajo.

Los pacientes borderline tienden a funcionar en general mejor y más provechosamente en las situaciones bien estructuradas. Es frecuente que un buen grupo de estos pacientes tenga por ejemplo logros académicos aceptables, o mantengan trabajos en los cuales se someten a estructuras externas de horario, funciones y jerarquías. En contraste, tienden a funcionar mal en situaciones libres, no estructuradas. Estas características suelen observarse también en terapia, y determinadas modalidades de tratamiento para estos pacientes plantean la estructura formal de encuadres, enfoques y desarrollo de las sesiones, tareas (incluso la asignación de trabajo o ejercicios entre sesiones) como medio para el desarrollo adecuado de las funciones yoicas y cognitivas (M. Lineham, 1993).

Dentro de las modalidades de tratamiento de orientación analítica, establecemos también un tratamiento estructurado. La tendencia actual es a programar sesiones cara a cara, con frecuencia de dos a tres veces semanales. En la fase inicial del tratamiento personalmente he encontrado utilidad en definir con claridad aquellos problemas que requieren atención particular y rápida. En mi práctica suelo establecer una lista a la modalidad del registro orientado a problemas de las historias médicas. Las actitudes abiertas y destinadas a sabotear toda posibilidad de continuidad del tratamiento son frecuentes en la fase inicial y requieren atención y solución rápida. Muchas, resultan de complejas constelaciones derivadas de la dis-regulación emocional, del grotesco mundo de representaciones poco coherentes tanto de objetos como de self, y de la aparición automática de maniobras defensivas primitivas y grotescas. Por largo tiempo sin embargo, el terapeuta deberá aceptar la situación sin pretender modificaciones de fondo sólo posibles después de largo trabajo. Sin embargo podrá dedicar esfuerzos a la discusión abierta de tales situaciones, sus motivaciones y propósitos, o al menos, las consecuencias previsibles que atentarían contra los fines conscientes y deseados por el mismo paciente.

En las etapas de mayor calma el proceso terapéutico continúa en un armónico balance entre el "holding" y las presiones y demandas resultantes del enfrentamiento a los conflictos dinámicos. La dimensión de "holding" y empatía promueven el establecimiento del entorno seguro necesario para el desarrollo y maduración de las funciones yoicas deficitarias. La presión derivada análisis de los conflictos emergentes promueven nuevos equilibrios o soluciones temporales, de mayor sanidad que las anteriores, y culminan en nuevas estructuras de conflictos con sus nuevas constelaciones defensivas. Si se quiere, el "arte" que en el fondo es el saber conducir un tratamiento, estriba en establecer continuamente el balance entre la presión necesaria, suficiente y tolerable, y la seguridad suficiente, tranquilizadora y consoladora en la relación.

El balance implica que en ocasiones el terapeuta sea acompañante, aliado, aceptador y hasta cómplice secreto en las fantasías gratificantes del sujeto. Las estructuras narcisísticas que frecuentemente presentan los pacientes borderline no pueden ser abolidas ni atacadas sin crear serios desmoronamientos, iatrogénicos y por lo general poco reversibles.

En los momentos de seguridad en el entorno terapéutico, el terapeuta, apoyado en el nivel de funciones yoicas presente al momento, podrá dirigirse al trabajo propiamente analítico (en sentido clásico) de los conflictos. Así, podrá señalar las resistencias, estudiar con el paciente el propósito y modalidad de las mismas, la estructura global del conflicto, los impulsos, defensas y consideraciones realistas, las percepciones de errores y aciertos en el propio trabajo terapéutico, etc.

Las intervenciones del terapeuta son especialmente importantes en el caso de los pacientes borderline, pues la frágil estructura de la personalidad los hace en extremo susceptibles a los errores en las intervenciones. Cuando logran cierto nivel de fortaleza, tienden a ser extremadamente críticos y conscientemente o en forma automática e inconsciente, manifiestan indicios en sus comunicaciones que pueden ser de gran utilidad al terapeuta para enmendar el camino, reparar y fomentar nuevos desarrollos.

La sintonía continua al estado alcanzado en el momento terapéutico es esencial en el proceso. Por ejemplo, confrontar al paciente con los aspectos polares de determinado conjunto de representaciones (todo bueno vs. todo malo), en momentos en los cuales el paciente ha recurrido regresivamente a la defensa (splitting o escisión) por la incapacidad de manejar la

angustia ante por una situación intolerable, lleva al paciente a sentirse acorralado, percibir al terapeuta como perseguidor, y a recurrir a mecanismos defensivos aún más primitivos y distorsionantes. Pero la confrontación es una forma de promover síntesis y desarrollo cuando la angustia es tolerable y el splitting no es tanto a una defensa, sino un modo residual y ya menos necesario de asignar sentido a la realidad, a medida que maduran las funciones yoicas (en especial la función sintética del yo).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Durante el tratamiento psicoterapéutico es frecuente que los pacientes atravieses por distintas exacerbaciones de síntomas diversos. El arsenal farmacológico de hoy permite no sólo el alivio relativamente rápido de esas situaciones relativamente críticas, sino que en muchos casos favorecerá y hará más eficaz al tratamiento psicoterapéutico.

Un caso aparte es el de las crisis de desorganización psicótica de los pacientes borderline. Generalmente pueden tener una duración breve y resolución espontánea en el curso de algunas semanas. Sin embargo la respuesta favorable y rápida a dosis adecuadas de haloperidol y la posibilidad de continuar el trabajo terapéutico con menor sufrimiento, hacen muy aconsejable el tratamiento conjunto. Pueden así tratarse con mayor eficacia y prontitud las reacciones exageradas a las sensaciones de rechazo y pérdida, o los efectos negativos de los comunes montos exagerados de culpas persecutorias a los cuales son pronos los pacientes con patologías borderline severas.

Probablemente sea también adecuado el manejo farmacológico de las situaciones extremas del tipo depresivo e hipomaníaco. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina controlan generalmente estas manifestaciones y facilitan la continuidad del tratamiento psicoterapéutico.

Las manifestaciones extremas de angustias o ansiedad flotante, con agitación y clínica semejante a la de típicos episodios de pánico, pueden igualmente ser tratadas con los antipsicóticos, a veces con los menos potentes, o con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, o con una combinación de ambos tipos de agentes. La susceptibilidad de los pacientes borderline a las adicciones hace sin embargo poco aconsejable el empleo de benzodiazepinas a menos que sea por tiempos muy cortos

REGISTRO, CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO

A principios de los años ochenta, inicié un estudio abierto en el tiempo sobre el resultado del trabajo terapéutico en un grupo de pacientes borderline. Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo al criterio amplio propuesto por Kernberg (1967, 1975, 1981). Diseñé una simple base de datos en la cual podía rápidamente introducir valores para una serie de variables (definidas más adelante), y acumular los valores de grupos próximos de seis a diez sesiones realizadas en un par de meses de tratamiento. Al repetir el registro de los valores para las mismas variables un par de veces al año por el tiempo de duración del tratamiento, o incluso, en sesiones de control después de la conclusión formal de las sesiones, podía obtener datos agrupados a distintos tiempos de duración de los tratamientos. La comparación de los valores aportó una forma de registrar y estudiar los cambios en los pacientes.

Las variables estudiadas fueron representadas gráficamente un triaxial. La dimensión representada en el eje de profundidad (eje "Z", orientado de frente al fondo) fue un supuesto "continuum" entre un polo correspondiente al nivel de organización neurótica de la personalidad al fondo, y el polo correspondiente a la organización psicótica. La zona intermedia quedó definida así como el campo o territorio de la organización borderline. La distinción fundamental con el campo de la organización neurótica es la presencia del síndrome de difusión de identidad, mientras que la diferencia con el territorio de las psicosis es el mantenimiento de las funciones de prueba de realidad (Kernberg, 1981). El territorio así definido fue dividido a su vez en cinco grados. La división en la frontera con el territorio psicótico, correspondió a los casos severos cuyas características, en especial la frecuencia y duración de episodios psicóticos, hacían muchas veces difícil la distinción diagnóstica. Otros casos severos, con abiertas manifestaciones típicas de la organización borderline, fueron representados en la siguiente banda (hacia el fondo). La tercera banda, central o intermedia, se utilizó para representar aquellos casos típicos borderline, con manifestaciones fenomenológicas y estructurales promedio. Los casos definitivamente borderline, pero más moderados se representaron en la siguiente banda, hacia el fondo. Finalmente, la banda vecina a la organización neurótica se utilizó para representar los casos más moderados, cuyo diagnóstico a veces podía resultar dudoso. Así quedaba definida una escala sencilla de 5 grados, indicadora de la severidad de la patología borderline. El nivel uno, próximo al territorio neurótico corresponde al de los casos menos severos. El quinto nivel, al borde del área de las psicosis corresponde al de los casos más severos. Los intermedios pueden ser definidos en continuidad. Este sistema de escala es de sencilla aplicación, quizás puede confundir en alguna ocasión entre observaciones de valor próximo, pero es poco probable la confusión entre valores no vecinos (niveles 1 y 5, o niveles 2 y 4, por ejemplo). La repetición en la obtención de los datos en grupos de sesiones relativamente próximas es un método adicional de limitar el error de medida.

El eje de la abcisa (eje "X" u horizontal) fue utilizado en el sistema para representar valores de presentación o rasgos caracterológicos. Estas barras corresponden a campos discontinuos ordenados de izquierda a derecha según severidad o accesibilidad al tratamiento. Por ejemplo, las barras correspondientes a la caracterología histérica, o a la depresiva, están a la izquierda, mientras que la correspondiente a la antisocial estará representada a la derecha.

Finalmente, la ordenada (eje "Y" o vertical) muestra los valores de las barras caracterológicas en una escala simple de 5 unidades. El nivel mínimo (0) indica la ausencia del rasgo o característica en el momento del registro. El nivel medio (2) la presencia inequívoca del rasgo, sin características de severidad o extremo. El nivel máximo (4) corresponde a la presencia exagerada, severa y extrema de los rasgos. La definición de los niveles intermedios 1 y 3 plantea las mismas consideraciones de relativa ambigüedad ya discutidas en el párrafo correspondiente al territorio de la organización borderline.

La figura 2 ilustra el registro del promedio de valores de un grupo de sesiones de un período de dos meses del tratamiento de un paciente.

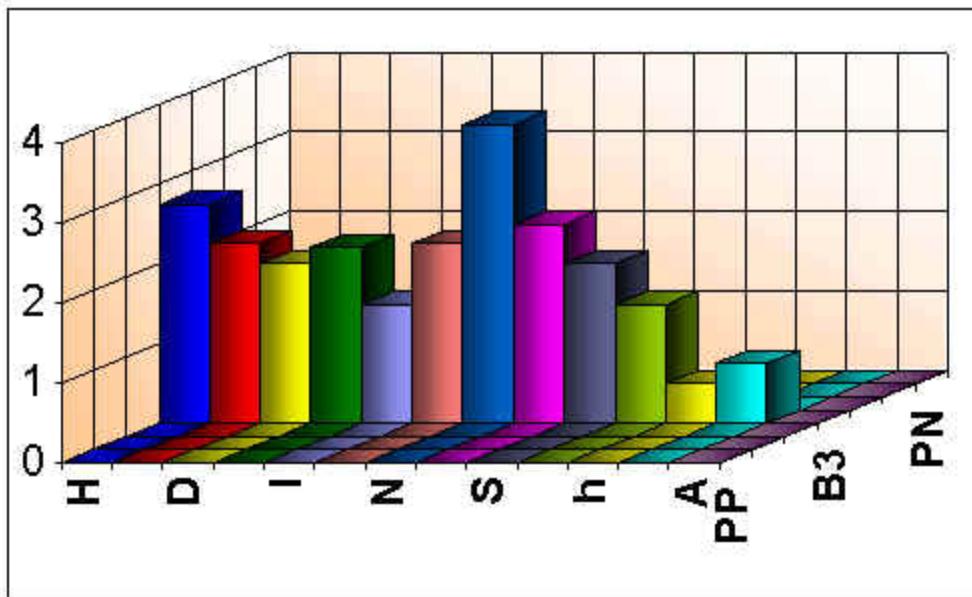


Fig. 2. Representación tridimensional empleada para la caracterización y seguimiento clínico de pacientes con estructura *borderline* de la personalidad. Tres planos delimitan un frontón. La ordenada (eje vertical) es una escala de valores o intensidad de cada rasgo caracterológico, del 0 al 4. El eje anteroposterior, delimita tres regiones según el tipo y grado de organización de la personalidad: la zona anterior corresponde a la organización o polo psicótico(PP). El área del fondo corresponde a la región o polo de organización neurótica (PN). La región intermedia define el campo de la organización borderline (B1 a B5). El paciente de la gráfica presentó una organización borderline intermedia (nivel B3). El eje horizontal está fragmentado en columnas representantes de las principales organizaciones caracterológicas arbitrariamente ordenadas de izquierda a derecha en un supuesto *continuum* de severidad. (Las organizaciones están identificadas así: H: Histérica. O: Obsesiva. D: Depresiva. F: Fóbica. I: Infantil. p-a: Pasivo - agresiva. N: Narcisística. P: Paranoide. S: Esquizoide. E: Explosiva. h: Hipomaníaca. i: Inadaptada. A: Antisocial). El esquema es una modificación del sugerido por Stone (1981, pp. 36).

El modelo de registro ilustrado en la figura 2, fue el inicio de un largo trabajo dirigido al estudio de la eficacia del tratamiento psicoterapéutico en este grupo de pacientes (Ruiz Manresa, 1985). La figura 3 muestra los registros correspondientes a un paciente borderline en tres etapas de su tratamiento. La serie de datos al frente fue la caracterización obtenida en los primeros seis meses del tratamiento. Mostró valores elevados correspondientes a rasgos histéricos, fóbicos, pasivo-agresivos, narcisísticos y paranoides, medianamente altos valores en el espectro de explosividad, hipomanía, inadaptación y antisociabilidad. Su nivel de funcionamiento estaba muy próximo al polo psicótico (nivel B4). La fila de valores intermedia fue observada en los seis primeros meses del quinto año de tratamiento. El nivel de funcionamiento en el continuum entre el polo neurótico y el psicótico, fue intermedio (nivel B3) y ya algunos registros de las variables caracterológicas mostraron modificaciones, las cuales son más evidentes en la siguiente serie de datos. La fila de datos al fondo correspondió a registros obtenidos en los seis últimos meses del noveno año de tratamiento, próxima la conclusión del tratamiento. En esta serie, el funcionamiento mostró ser aún más próximo al polo neurótico. El espectro caracterológico mostró considerable aplanamiento de las variables representadas a la derecha (esquizoidía, explosividad, hipomanía, inadaptación, antisociabilidad) en comparación a los registros del comienzo del tratamiento. En el extremo izquierdo, observamos cómo los rasgos histéricos

aminoraron, mientras que las manifestaciones de tipo depresivo y obsesivo sufrieron en este caso un incremento importante. En la región central lo más llamativo fue la disminución marcada de los valores correspondientes a los rasgos narcisísticos. Con frecuencia he observado cómo muchos pacientes borderline con importantes manifestaciones narcisísticas en su presentación inicial, incrementan progresivamente las manifestaciones obsesivas y depresivas a medida que las manifestaciones narcisísticas se tornan menos importantes y que mejoran en las manifestaciones globales de su patología borderline. Probablemente muchas manifestaciones iniciales del narcisismo encuentran fácil acomodo en la valorización de ideas de orden, pulcritud, meticulosidad y ritualización de los rasgos de carácter obsesivo. El incremento en los registros depresivos está generalmente ligado a la mayor síntesis de los aspectos defensivos ligados a la escisión, el empleo de defensas de mayor nivel de madurez, la pérdida con duelo de las representaciones grandiosas de self y de los objetos al igual que la renuncia mayor a las fantasías narcisísticas de perfección.

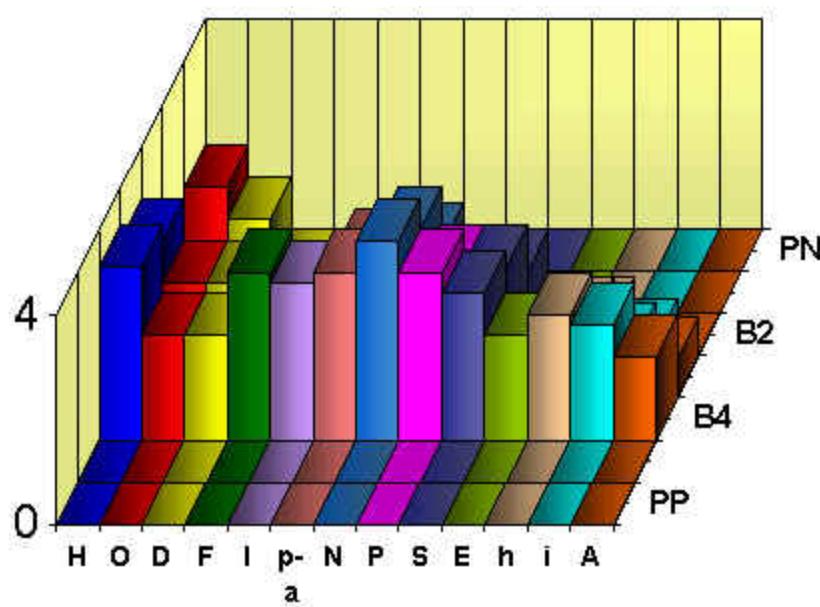


Fig. 3. - Evolución de un paciente borderline de importante severidad. La serie de datos al frente fue obtenida en los primeros seis meses del tratamiento. La serie intermedia a los cinco años de tratamiento. La serie de datos al fondo correspondió a los seis meses finales del tratamiento (10 años). Las abreviaturas son las mismas que las de la figura 2. La flecha a la derecha del gráfico indica la modificación global en el funcionamiento del paciente en el continuum entre los polos psicótico (PP) y neurótico (PN). El paciente comenzó su tratamiento en el nivel B4, próximo al polo psicótico, y concluyó con funcionamiento a nivel B2, próximo al polo neurótico. Las modificaciones más importantes en la configuración caracterológica fueron la disminución marcada en los valores correspondientes a hipomanía (h), inadaptación (i) y antisocialidad (A), la disminución en los valores de narcisismo (N, flecha) e histeria (H, flecha) y el incremento en los valores de obsesividad (O, flecha) y depresión (D, flecha).

La experiencia claramente indica la mayor dificultad de tratamiento y el peor pronóstico de aquellos pacientes con proximidad importante al polo psicótico y mayores índices en las variables caracterológicas representadas hacia la derecha del eje horizontal. La figura 4 es una representación posible de la accesibilidad de estos pacientes al tratamiento. La altura de las

barras indica la posibilidad de tratamiento exitoso y un buen pronóstico. La región del ángulo anterior derecho (pacientes con altos valores de hipomanía, inadaptados y antisociales) y próximos al polo psicótico, tienen un mal pronóstico y son escasamente accesibles al tratamiento. El extremo diagonal opuesto, pacientes próximos a la organización neurótica con mayores índices en las variables caracterológicas representadas a la izquierda, tienen el mejor pronóstico y son más susceptibles al tratamiento

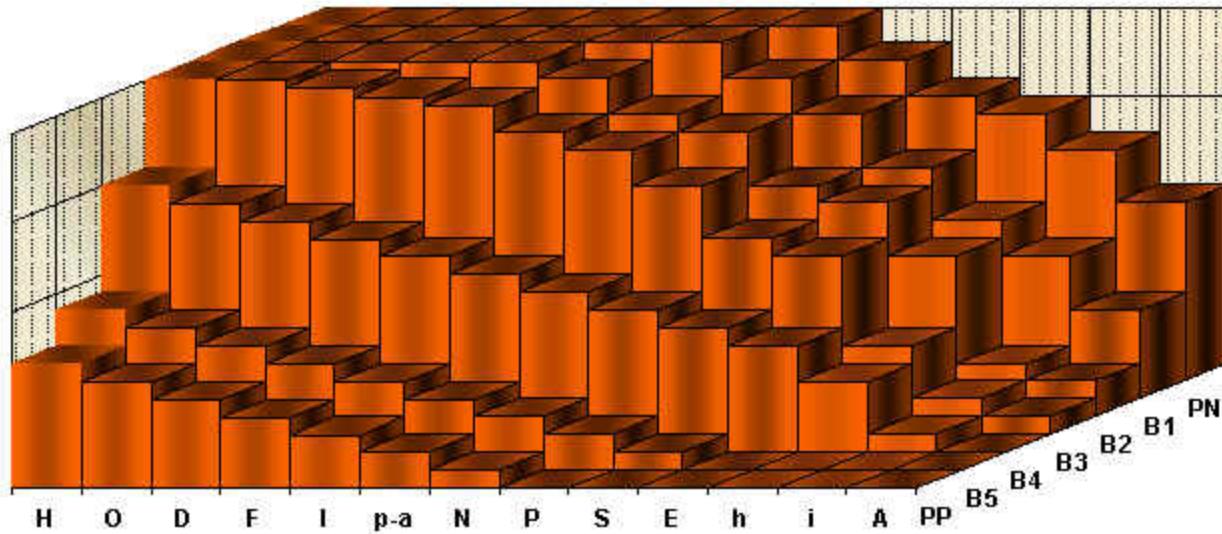


Fig.4 La gráfica muestra una superficie hipotética sustentada por los topes de las barras. A mayor altura de la superficie, mejor es el pronóstico y la posibilidad de éxito terapéutico. El volumen delimitado por el grupo de barras es por lo tanto una representación de la accesibilidad a la terapia. La región de mejor pronóstico es la del rincón del fondo a la izquierda. La región corresponde a aquellos pacientes con predominio de valores en H, O, D, F, p-a, N, y P. El área de peor pronóstico y menor accesibilidad terapéutica es la del ángulo anterior y derecho y corresponde a los pacientes próximos a la organización psicótica y con rasgos del extremo derecho del eje horizontal.

CONCLUSIONES

Los pacientes borderline representan un espectro diverso de casos con algunas características comunes. Estas han permitido la descripción y definición general de la organización borderline de la personalidad. Con nuevos estudios, probablemente asistamos a la progresiva diferenciación e individualización de subgrupos a partir de la globalidad actual, y a la emergencia de novedosas entidades clínicas caracterizadas por particulares etiologías, nuevas definiciones y modalidades de descripción y respuestas diferenciales a las modalidades terapéuticas.

El tratamiento actual de estos pacientes es básicamente psicoterapéutico, con apoyo farmacológico temporal y a veces repetido, a lo largo de períodos largos de tiempo. La mayoría

de los casos susceptibles al tratamiento mejoran de manera importante al cabo de varios años. Tiende hoy a haber acuerdo entre los practicantes, que las mejorías más importantes ocurren a nivel del control mayor de los impulsos, disminución general en los síntomas y mejor adaptación social a actividades relativamente estructuradas, como pueden serlo las situaciones de responsabilidad laboral. El manejo de los afectos, la susceptibilidad a las separaciones, la vulnerabilidad a las ideas episodios de rechazo tienden a mejorar en grado menor. La capacidad para mantener relaciones afectivas estables y desarrollar vínculos de intimidad suele sin embargo permanecer a niveles poco satisfactorios. Con frecuencia, estos pacientes logran después de los tratamientos mantener vínculos familiares de relativa estabilidad. Suelen compensar las fallas en la intimidad emocional con adecuadas conductas de responsabilidad y de roles (rol paterno, o materno, o de pareja) las cuales mantienen como estereotipos de relativa rigidez, pero que les permiten soluciones adaptativas valiosas y placenteras.

El tratamiento psicoterapéutico de estos casos probablemente es hoy por hoy el campo de trabajo por excelencia del terapeuta.

REFERENCIAS

1. Abend, S., Porder, M. & Willick, M. (1983) *Borderline Patients: Psychoanalytic Perspectives*. New York: International Universities Press.
2. Andrlonis, P. A., Glueck, B. C., Stroebel, C.F., Vogel, .N. G., Shapiro, A. L. & Aldrige, D. (1981) Organic brain dysfunction and the borderline syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 4:41-48.
3. Eissler, K. R. (1953) The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 1:104-143.
4. Grinker, R., Werble, B. & Drye, R. (1968) *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego Functions*. New York: Basic Books.
5. Gunderson, J. G. (1984) *Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
6. Gunderson J. G. & Singer, M. T. (1975) Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 135:1-10.
7. Gunderson, J. G., & Kolb, J.E. (1978) Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135:792-796.
8. Gunderson, J. G., Kolb, J. E. & Austin, V. (1981) The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138:896-903.
9. Hartcollis, P. (1968) The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 32:102-114.
10. Kernberg, O. F. (1967) Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 15:641-685.
11. Kernberg, O. F. (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
12. Kernberg, O. F. (1981) Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4:169-195.
13. Kernberg, O. F. (1984) *Severe Personality Disorders*. New Haven, CT: Yale University Press.
14. Knight, R. (1953) Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 11:1-12.
15. Lineham, M. M. (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. New York ? London: Guilford Press.
16. Mahler, M. (1971) A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytical situation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26:403-424.

17. Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975) *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
18. Masterson, J. F. 1976). *Psychotherapy of the Borderline Adult. A Developmental Approach* New York: Brunner/Mazel.
19. Masterson, J. F. & Rinsley, D. B. (1975) The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International journal of Psycho-Analysis*, 56:163-177.
20. Murray, M. E. (1979) Minimal brain dysfunction and borderline personality adjustment. *American Journal of Psychotherapy*, 33:391-403.
21. Rosse, I. C. (1890) Clinical evidence of borderline insanity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 17:669-683. En: *Essential Papers on Borderline Disorders. One hundred Years at the Border*. New York and London: New York University Press, Stone, M. editor.(1986), pp. 32-44.
22. Ruiz Manresa, F. (1985). Esquema de caracterización para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con organización borderline de la personalidad. Informe preliminar. Bol. Asovep. Año 2, No. 2, Caracas.
23. Schmideberg, M. (1959) The treatment of psychopaths and borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 1:45-70. En: *Essential Papers on Borderline Disorders. One hundred Years at the Border*. New York and London: New York University Press, Stone, M. editor.(1986), pp. 92-118.
24. Stern, A. (1938) Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7:467-489.
25. Stone, L. (1954) The widening scope of indications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 2:567-594.
26. Stone, M. H. (1977).The borderline syndrome: Evolution of the term, genetic aspects and prognosis. *American Journal of Psychotherapy*, 31:345-365.
27. Stone, M.H. (1980) *The Borderline Syndromes: Constitution, Personality and Adaptation*. New York: McGraw-Hill.
28. Weinshel, E. M. (1990) How wide is the widening scope of psychoanalysis and how solid its structural model? Some concerns and observations. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 38:275-296.