

ESTADOS «BORDERLINE»

Por

Juan Coderch, Damián Pons y Aitorso Sanz

Instituto Municipal de Psiquiatría de Urgencias, Barcelona

El diagnóstico de estados «borderline» no figura en la clasificación de los trastornos psiquiátricos de la O.M.S. ni en ninguna clasificación de la que los autores hayan podido tener noticia. Esta ausencia de la entidad nosológica «estado borderline» como posibilidad diagnóstica oficializada contrasta fuertemente con la importancia que actualmente se le otorga en la literatura, tanto psiquiátrica como psicoanalítica, y en las reuniones y congresos de estas especialidades.

Debido a esta falta de ubicación diagnóstica nos ha sido imposible llevar a cabo en el I.M.P.U. una labor de investigación estadística para averiguar qué porcentaje de enfermos internados en algún momento de su vida en esta institución corresponden a estados «borderline». Por tanto, no podemos sino ofrecer nuestra experiencia subjetiva, obtenida a través de la exploración y tratamiento de muchos enfermos a los que consideramos incluso dentro de tal categoría, pero a los que por razones de homologación diagnóstica ha sido necesario catalogar dentro de algunos de los *items* correspondientes a la clasificación psiquiátrica de la O.M.S. Sin embargo, revisando historias clínicas hemos podido comprobar que

muchos entre ellos pertenecen a pacientes cuyas características estructurales y estilo de relación interpersonal corresponden a lo que los diversos autores que se han ocupado de esta situación califican como síndrome o estado «borderline». Ello nos ha movido a intentar resumir nuestra experiencia en cuanto a la clínica y peculiaridades que ofrecen estos enfermos, aun cuando nos vemos obligados a dejar para otra ocasión el cálculo del porcentaje de enfermos «borderline» que ingresan anualmente en el I.M.P.U.

La primera, y tal vez más importante, dificultad que presenta el estudio de estos enfermos y su delimitación dentro de un cuadro nosológico autónomo viene dada por la gran diversidad sintomatológica que ofrecen. Es posiblemente debido a este amplio espectro sintomatológico el hecho de que hasta fechas relativamente recientes este grupo de enfermos haya quedado incluido dentro de otras categorías diagnósticas, sin que el estado «borderline» haya resaltado con sus propios rasgos específicos entre el conjunto de las mismas.

Pertenece a HELESE DEUTSCH el mérito de haber iniciado las pesquisas en torno a esta condición psicopatológica en su tra-

bajo *Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia*, publicado en 1942. En él describe a un tipo de sujetos a los que denomina «personalidades como si», término éste que ha hecho fortuna en la literatura psiquiátrica y que desde entonces viene utilizándose para designar a determinados sujetos cuyos vínculos con los otros y con la realidad aparecen faltos de autenticidad. Sin embargo, ellos adoptan una máscara externa que los hace mostrarse externamente como personalidades completas, aun cuando su vacío interno es tremendo.

Otros investigadores han seguido la vía iniciada por HELLEN DEUTSCH, cabiendo citar entre las más importantes contribuciones las de PAUL HOCH, PHILLIP POLATIN, FORTBET KNIGHT, ROY GRINKER, OTTO KERNBERG, MELITTA SCHMIDEMBERG, JAMES MANN, ARNOLD MODELL, etc. Las líneas directrices de casi toda esta copiosa literatura psiquiátrica y psicoanalítica coinciden en señalar que el estado «borderline» no se halla constituido por un conjunto de enfermos cuyo único denominador común sea el de ocupar una zona intermedia entre las neurosis y las psicosis, sino que tales pacientes presentan, pese a su multiplicidad sintomatológica, un sello diferencial y una naturaleza propia que fuerzan a considerarles como pertenecientes a una entidad patológica independiente tanto de las neurosis como de las psicosis. Por nuestra parte, compartimos plenamente la opinión de conceder al estado «borderline» una plena autonomía nosológica, basándonos en criterios estructurales y pronósticos.

A continuación intentaremos ofrecer nuestro punto de vista personal obtenido tanto a través de la experiencia directa como de la revisión de historiales clínicos a que más arriba nos hemos referido. Hemos procurado estudiar los pacientes que consideramos incluidos dentro del estado «borderline» desde una triple óptica: psicopatológica,

biográfica y de sus relaciones interpersonales. No nos referiremos a los resultados obtenidos mediante la administración de pruebas psicológicas por cuanto éstas no han sido administradas en todos los casos, por un lado, ni con la sistematización precisa para obtener resultados válidos en aquellos pacientes en que sí han sido aplicadas.

Como ya hemos dicho, la sintomatología de los enfermos «borderline» es extremadamente diversa. En conjunto, podemos decir que su curva vital muestra un comportamiento desajustado, inadecuado y desarraigado más que algunos síntomas bien definidos, ya que éstos son, por el contrario, vagos y cambiantes: ansiedad, inhibiciones, quejas acerca de lo insatisfactorio de sus relaciones interpersonales, sentimientos de vacío interno, de falta de sentido, de carencia de objetivos, de ausencia de vinculación, extrañeza frente ante el propio sí-mismo y ante la realidad, etc.

Destaca en la mayor parte de estos pacientes una inquietante falta de dirección y de finalidad en sus vidas. Producen en el investigador la impresión, compartida en muchas ocasiones por los propios pacientes, de que sus vidas son vividas como a trozos, en fragmentos dispersos sin trabazón intencional ni continuidad lógica entre ellos, existiendo también una falta de integración entre los diversos papeles que desempeñan.

En sus momentos de mayor acomodación a las circunstancias externas, estos enfermos utilizan múltiples técnicas de adaptación, con frecuentes cambios de táctica defensiva, en un esfuerzo para evitar la desintegración de su personalidad, de manera que podemos decir que se hallan siempre en una zona intermedia entre las personalidades integradas y las desintegradas. Así, el sentido fronterizo o limítrofe que parece indicar el término «borderline» debe entenderse no como estado intermedio entre neurosis y psicosis, sino como zona de transición entre personalidades integradas y desintegradas.

Puede decirse que casi todos los enfermos «borderline» poseen una larga experiencia de relaciones humanas insatisfactorias. Esporádicamente inician nuevas relaciones que pueden transcurrir con aparente armonía durante un corto período de tiempo, pero a medida que la aproximación personal se hace más intensa surgen inevitablemente conflictos que desacreditarán, para el sujeto, todos los aspectos positivos de la relación. A partir de este momento, únicamente el conflicto y la frustración serán tenidos en cuenta a causa de la inhabilidad para fusionar los sentimientos positivos y los negativos en una sola relación.

Para estos enfermos, la frustración y la irritación consecutiva son la nota dominante en cualquier relación, y una vez instauradas ya no ceden ante ninguna clase de experiencia. Estos sujetos sólo llegan a vincularse muy superficialmente con otras personas, ya que cuando la vinculación se torna más intensa sobrevienen los conflictos, las frustraciones y la imposibilidad de fusionar unos y otras con los sentimientos positivos, debido a lo que la relación termina o se convierte en una fuente de constantes sufrimientos. Una vez que este ciclo se ha repetido varias veces, el paciente ya no espera de su relación con los otros, más que una repetición de frustración-irritación-cólera y terminación. Esta anticipación, al ser transmitida a otras personas, entre las que se incluye el terapeuta, facilita que los acontecimientos se produzcan realmente en esta forma.

Los pacientes «borderline» no poseen una idea clara y persistente de su propia identidad ni de hacia dónde dirigen sus vidas. Su *self* se halla dividido en identidades parciales: «Soy un estudiante...», «Soy un muchacho que no está de acuerdo con sus padres...», «Soy una aspirante a estrella de la canción...», etc. Debe tenerse en cuenta que cada individuo ocupa en la vida numerosos roles, como miembro de una familia, de una profesión, de un grupo de amigos, de una

sociedad deportiva, de un partido político, etcétera, originando la interacción armónica de todos ellos el conjunto de la personalidad. El «borderline» llega, a lo sumo, a la comprensión parcial de uno solo de sus roles, pero no es capaz de llevar a cabo la adecuada integración de todos ellos; integración que dará lugar a la riqueza de aspectos y posibilidades propia de una personalidad sana. El «borderline» es como si sólo fuera el muchacho que disputa con sus padres, un estudiante o una aspirante a estrella de la canción, pero nada más. A consecuencia de ello, en el momento en que por cualquier circunstancia debe abandonar tal papel o que éste ya no le sirve para mantener un mínimo de cohesión, sobreviene una situación de emergencia que puede acabar en una ruptura psicótica pasajera, accidente muy frecuente en estos pacientes y que a menudo es el motivo de su internamiento urgente en un hospital psiquiátrico. Al mismo tiempo, esta situación estimula la necesidad de buscar otro papel que proporcione una identidad prestada que de momento impida la total desintegración psicótica. En muchas ocasiones el recurso a las drogas cumple esta finalidad.

El predominio de la frustración y de la cólera en las relaciones con los otros y la carencia de una estable autoidentidad son las premisas básicas para la razón de ser de otro de los rasgos fundamentales de los «borderline»: el sentimiento depresivo de soledad. Este sentimiento es frecuentemente vivido, por extensión, como una incapacidad de amar y de ser amado y como la imposibilidad de formar parte auténtica de un grupo humano. De nuevo el recurso de las drogas es el resultado reiterado de tal situación.

La experiencia clínica muestra que son numerosos los «borderline» que sufren una psicosis pasajera en una situación de *stress*. Cuando ello ocurre, estas psicosis se caracterizan por una tonalidad paranoide o disociativa. El observador a veces lo intuye que

este potencial psicótico se halla presente incluso en ausencia de tales momentos de crisis. El uso de drogas facilita la aparición de epí-crisis psicóticas. Dicho de otra forma, cuando los «borderline» drogadictos se exceden en la ingestión de la droga, producen un cuadro esquizofreniforme de difícil diagnóstico diferencial. Muy a menudo éste ha sido el motivo de su ingreso en el I.M.P.U. En otras ocasiones, la ruptura psicótica y consecuente internamiento han sido provocados por un conflicto familiar, una frustración amorosa, la pérdida de un rol que hasta aquel momento había proporcionado la necesaria cohesión a una personalidad tan frágil como es la del «borderline», etc.

Desde el punto de vista del comportamiento es notable en los «borderline» la presencia de una conducta impulsiva y autodestructiva. Por autodestructiva no entendemos aquí únicamente intentos de suicidio, ni siquiera actos cuya finalidad sea percibida por el propio sujeto como de alguna manera nociva para él, sino también formas de conducta que resultan de alguna manera perjudiciales para él que las practica, aun cuando él no las entienda conscientemente como tales. Los ejemplos de este tipo de comportamiento incluyen la marginación social, la promiscuidad sexual, la adicción a las drogas, el ataque a las propias posibilidades y capacidades que se da en la incuria y abandono de toda actividad de trabajo, búsqueda inconsciente de castigo, etc. Estos tipos de actuación representan muchas veces una agresión contra aquellos con los que existe la relación frustrante y conflictiva a que antes nos hemos referidos. En conjunto, no hemos encontrado entre los pacientes que hemos catalogado como «borderline» a ninguno cuya vida sexual pueda ser considerada como mínimamente satisfactoria y plena. Muchos autores juzgan que todos los trastornos del comportamiento propios de los «borderline» reflejan la au-

sencia de un sentido suficientemente desarrollado de la identidad sexual.

Por todo lo que llevamos dicho es fácil comprender que en lo que se refiere a las relaciones con otros, el «borderline» es un alienado, puesto que no existe en él una real capacidad para vincularse como un ser humano a otro ser. Se halla privado, en grados diversos, de la posibilidad de establecer con otras personas aquellos lazos afectivos que proporcionan la satisfacción mínima necesaria para cubrir las necesidades de placer y para atemperar las frustraciones y conflictos presentes, en mayor o menor grado, en todo contacto humano. La aptitud para fundar y mantener relaciones interpersonales es un ingrediente imprescindible para la construcción de la propia identidad. El «borderline» experimenta todas las relaciones como peligrosas a consecuencia de la incertidumbre que sufre acerca de lo que vivencia frente al otro.

A continuación diremos unas palabras acerca de la estructura intrapersonal del «borderline». Debe advertirse que en un ambiente hospitalario de corta estancia como es el I.M.P.U., esta estructura puede ser únicamente intuida como una confirmación de lo que ha sido hallado por diversos investigadores, entre los que se cuenta uno de nosotros, como resultado del tratamiento psicoanalítico de este tipo de pacientes.

Como GRINKER dice, la verdadera naturaleza del paciente «borderline» se encuentra no en las defensas adaptativas ni en los síntomas-clínicos, una mezcla de los cuales se halla en todas las neurosis, psicosis y distintos trastornos del carácter, sino en los defectos del proceso madurativo y del desarrollo precoz, expresados en las disfunciones del «yo».

Los trastornos del «yo» en el «borderline» pueden esquematizarse básicamente en dos funciones, la del sentido de realidad

y la de la capacidad para establecer relaciones interpersonales, habiéndonos ya referido a esta última. El sentido de realidad funciona en los «borderline» con la suficiente adecuación para no dar lugar a síntomas clínicos fácilmente evidenciables, pero una cuidadosa exploración muestra los estrechos límites en los que se mueve tal sentido, la pobreza de sus criterios y la facilidad con que traspasa las barreras de lo tolerable en las circunstancias de *stress*. Es por esto que el «borderline» puede adaptarse a diversas situaciones sociales de un modo aparentemente satisfactorio, pero siempre al precio de una asombrosa superficialidad que le impide arraigar auténticamente en ninguna de ellas.

Peró lo que constituye la esencia de la estructura «borderline», a partir de la que se originan las dificultades en las relaciones interpersonales y la carencia de un adecuado sentimiento de la propia identidad, es el tipo de relaciones objetales, puesto éste de manifiesto en la transferencia desarrollada por el «borderline» en el tratamiento psicoanalítico o psicoterápico. En clínica psiquiátrica y en el estudio biográfico esta clase de relaciones objetales se ha evidenciado en lo penoso de las relaciones interpersonales y en la ausencia de un idóneo sentimiento de auto-identidad. Esta peculiaridad de las relaciones objetales es al mismo tiempo lo que permite diferenciar decididamente al «borderline» del neurótico y del psicótico. Podemos resumirla, tal como se encuentra en el tratamiento de estos pacientes, de la siguiente manera. El neurótico distingue entre el propio *self* y el objeto (terapeuta), aun cuando este último quede revestido por las fantasías e impulsos que le son proyectados y deformado por ellos. El psicótico, en cambio, es incapaz de establecer una diferenciación clara y permanente entre el *self* y el objeto, produciéndose una frecuente confusión, ya sea consciente o en su fantasía inconsciente, entre ambos. El «borderline», por su parte, percibe al objeto como algo dis-

tinto de su *self*, que existe en la realidad externa, pero que no tiene vida por sí mismo como individuo separado, sino que es investido totalmente con las cualidades que emanan del paciente y que, por tanto, recibe sólo la vida que él le da.

Es útil comparar el tipo de relación que acabamos de describir y que MODELLE llama transicional, tomando el término de WINNICOTT, con lo que ocurre en las relaciones que el niño mantiene con sus juguetes tales como osos de trapo, muñecos, soldaditos, etc. Estos son reconocidos únicamente como objetos por sí mismos inanimados, sin más vida que la que el propio niño les concede en cada momento. Naturalmente, el «borderline» no puede sentir que verdaderamente ama ni es amado por otros, en la misma medida en que estos otros a los que debería dirigir su amor y por quienes tendría que ser amado no son más que objetos inanimados sin vida propia.

BIBLIOGRAFÍA

- DESSERT, H.: *Some forms of emotional disturbances and their relationship to schizophrenia*. International Universities Press, Nueva York, N. Y.
- GENDERSON, J., y SINGER, M.: "Defining borderline patients", *The Amer. Jour. of Psychiat.*, vol. 132, 1-9, 1975.
- GURENWARD, DORIS: "A psychologist's view of the Borderline syndrome", *Arch. Gen. Psychiat.*, volumen 23, 180-181, 1975.
- HOCHE, PAUL, y CAHILL, James: "The diagnosis of psychoneurotic schizophrenia", *Psychiat. Quarterly*, vol. 33, 17-43, 1955.
- KERSHNER, OTTO: "Borderline personality organization", *J. of the Psychoanalytic Amer. Assn.*, 17: 611-687, 1967.
- KRUCH, Robert: "Borderline states", *Bull. Menninger Cl.*, 17: 1-12, 1973.