

Organización Limítrofe de Personalidad

Pablo Fossa Arcila⁹

Recibido: 11 de Mayo de 2009

Aprobado: 09 de Octubre de 2009

Referencia Recomendada: Fossa, P. (2010). Organización limítrofe de personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (1), 32 – 52.

⁹ Psicólogo Clínico, Magister en Psicología Clínica, Universidad del Desarrollo UDD, Santiago de Chile. Correo electrónico: pfossaa@udd.cl

Resumen: La Organización Limítrofe de Personalidad es el tipo de funcionamiento psicológico de más difícil diagnóstico. Durante mucho tiempo no han sido claras las características de este cuadro psicopatológico, utilizándose más bien una técnica de descarte para su diagnóstico, en donde quién no cumple los criterios de una organización psicótica de la personalidad, y sin embargo, se aleja de los criterios de normalidad, constituiría una Organización Limítrofe de Personalidad. Actualmente las descripciones de Otto Kernberg han posicionado la Organización Limítrofe de Personalidad como un nivel de funcionamiento con características propias, independiente de otras organizaciones de personalidad. A continuación revisaremos la evolución del concepto borderline a lo largo de la historia, hasta llegar a constituirse en lo que hoy conocemos como Organización Limítrofe de Personalidad. Se revisarán algunos datos estadísticos que dan cuenta de la relevancia de este cuadro psicopatológico en la población mundial. Indagaremos profundamente en las características estructurales propuestas por el doctor Kernberg, así como también, las diferentes teorías etiológicas que dan cuenta del psicodinamismo y el desarrollo infantil de pacientes con funcionamiento limítrofe. Finalmente se abordarán los distintos abordajes psicoterapéuticos que han mostrado efectividad en el tratamiento de los trastornos borderline.

Palabras Clave: Organización Limítrofe de Personalidad, Etiología, Abordaje Psicoterapéutico.

“...Tal como el histérico era el paciente típico del tiempo de Freud, el borderline es el paciente de nuestro tiempo... el prototipo mítico del paciente de nuestro tiempo no es más Edipo, sino Hamlet...”

- Andre Green (1994)

Evolución Histórica del Concepto Borderline y Algunas Puntualizaciones Estadísticas

El estudio de la personalidad ha sido de gran importancia a lo largo de la historia de la salud mental. Los primeros estudios de personalidad comienzan con las descripciones de Sheldon (1942) y Kretschmer (1954) que relacionaban características fisiológicas con tipos temperamentales, lo cual otorgaba al sujeto un tipo de personalidad específica de acuerdo a su contextura física. Posteriormente, Freud (1923) con el desarrollo de la teoría psicoanalítica propone la personalidad en términos de instancias o estructuras intrapsíquicas que entran en conflicto entre sí mismas, o entre alguna de ellas y la realidad externa, generando un patrón de comportamiento interno y externo permanente en el tiempo. Freud (1924) a partir de su teoría estructural (yo, ello, súper-yo), describe tres organizaciones específicas de personalidad (neurosis, perversión, psicosis) las cuales siguieron siendo desarrolladas por sus seguidores. Posteriormente, Eysenck (1967), crea un modelo basado en tres formas de funcionamiento psicológico: Neuroticismo,

Introversión-Extroversión, Psicoticismo. Este modelo dimensional de la personalidad, fue muy influyente en la formación de psicoterapeutas y enseñado por la mayoría de las escuelas de psicología y psiquiatría.

Actualmente, Kernberg (2008) propone la personalidad como el resultado de la interacción dinámica entre el temperamento, el carácter y el sistema de valores. Kernberg (1979) basándose en la psicología del yo y en la teoría de las relaciones objétales, propone una clasificación dimensional de la personalidad que se distribuye en tres organizaciones específicas (similares a las freudianas), siendo la organización limítrofe de personalidad la de más difícil diagnóstico, ocupando un lugar intermedio en un continuo, cuyos polos son la neurosis y la psicosis.

Durante años, la organización limítrofe de personalidad ha sido ubicada en la frontera entre neurosis y psicosis. Con frecuencia el diagnóstico de personalidad limítrofe se ha realizado más bien con una técnica de descarte respecto a las otras organizaciones de personalidad. Quien no cumple con los criterios definidos para la psicosis y, además se aleja de los criterios de neurosis constituye una psicopatología limítrofe de personalidad (Claudia Martín, comunicación personal, 30 Agosto de 2007).

Debido a esto, a lo largo de la historia se ha intentado

definir con claridad este cuadro con criterios por derecho propio.

Es en 1884 cuando el psiquiatra inglés Hugues nos describe por primera vez con claridad el estado fronterizo (*borderline*) de la locura, lo que comprende a numerosas personas que pasan su vida entera cerca de la frontera con la psicosis, transitando constantemente entre un lado y otro. Otro autor inglés, Rosse, retoma esa definición en 1890 y agrega que los estados fronterizos requieren de la presencia de obsesiones severas, compulsiones, fobias, histeria y neurastenia (Paz, Palento & Olmos de Paz, 1976).

En 1911, Eugenio Bleuler, en su clásico libro *Demencia Precoz: El grupo de las esquizofrenias*, sostuvo que hay también una forma de esquizofrenia latente y que es la forma más frecuente de esquizofrenia. Esta patología consistía en una multiplicidad de síntomas que suscitan la sospecha de una esquizofrenia, como por ejemplo, síntomas catatónicos y algunos rasgos paranoídes ocultos, pero podían seguir un curso latente constantemente. Según Bleuler, en estos trastornos es esencial una patología del carácter, lo que hace que estos sujetos no tengan motivaciones para consultar o tratarse, por lo que generalmente escapan a la atención del psiquiatra (Paz, Palento & Olmos de Paz, 1976).

Daniel Stern (1938), introdujo el término *borderline* a partir de estudios derivados de la clínica, y dijo que estos pacientes padecían de una “*hemorragia mental*”, definida como una intolerancia al dolor psíquico.

Helen Deutsch, en 1942, observó un trastorno del carácter que parecía estar más cerca de la psicosis esquizofrénica que de la neurosis. Deutsch pensó que se trataba esencialmente de un trastorno en el desarrollo del yo, que colocaba un especial énfasis en los procesos de identidad e identificación. A este cuadro clínico lo denominó *Personalidad “como si”* (Paz, Palento & Olmos de Paz, 1976).

Más tarde, en 1949, Hoch & Polatin, describen un cuadro denominado *Esquizofrenia Pseudoneurótica*. Este cuadro clínico consiste en una forma específica de patología psiquiátrica, en donde detrás de los síntomas neuróticos polimorfos, se esconden síntomas primarios de la esquizofrenia. Estos autores agruparon en tres grandes áreas el conjunto de síntomas característicos de este cuadro: a) Trastornos de los procesos de pensamiento (imposibilidad de pensamiento abstracto y tendencia al procesos de pensamiento primario); b) Trastornos de la organización psicosexual (Narcisismo extremo, tendencias pregenitales, organización sexual polimorfa); y c) Trastornos del comportamiento afectivo (hipersensibilidad a estímulos emocionales, incapacidad para manejar la agresión, baja tolerancia a

la frustración, anhedonia, trastornos de la autoestima etc.) (Paz, Palento & Olmos de Paz, 1976).

Finalmente es necesario mencionar, la más rigurosa y esencial investigación efectuada dentro de este espectro, realizada en 1968 por Grinker, denominada “*El síndrome borderline: Un estudio conductual de las funciones del yo*”. Grinker (1968) realizó un intento de sistematización diagnóstica a través de un análisis estadístico de alrededor de sesenta pacientes internados en instituciones psiquiátricas. De este estudio se extrajeron algunas conclusiones que aún tienen vigencia, las cuales consistieron en hacer una subdivisión de los pacientes fronterizos en cuatro subgrupos, desde aquellos con predominio de sintomatología psicótica, hasta aquellos con predominio de sintomatología neurótica, entre los cuales se encuentran dos subgrupos más, con características específicas (Lerner & Sternbach, 2007).

En el grupo I, denominado “*border psicótico*”, se encuentran pacientes con rasgos inapropiados y no adaptativos, tanto individualmente como en grupos. Son pacientes que presentan un deficiente sentido de identidad, deficiencias en el sentido de realidad, síntomas depresivos y afectividad negativa. Aunque la mayoría de estos casos no eran psicóticos, estaban muy próximos a la desintegración cuando se observaba su conducta a lo largo de un tiempo (Grinker, 1968;

citado en Lerner & Sternbach, 2007).

El grupo II fue denominado por Grinker como “*el síndrome borderline central*”, y se caracterizaba por un penetrante afecto negativo que era actuado de diferentes formas. Son sujetos que parecen conocer su identidad, pero no siempre su conducta es consistente con ella. Son sujetos que mostraban muy poco compromiso con el otro, presentaban depresiones, expresiones de rabia abiertas o actuadas y ausencia de una identidad consistente (Grinker, 1968; citado en Lerner & Sternbach, 2007).

El grupo III fue denominado *personalidad “como si”*, y son sujetos en los cuales su conducta parece, por lo general, apropiada; hay poca evidencia de afectos o conductas negativas, pero también falta la manifestación de afecto positivo. Son sujetos que no presentan evidencia de amor a nadie ni a nada. No hay indicación de un sentido de identidad bien desarrollado. Las vidas de estos sujetos parecen haberse estructurado con reglas y regulaciones establecidas por otros, indicando así que no han establecido un sentido de identidad personal. Sus características consisten en: a) conducta adaptativa y apropiada; b) relaciones complementarias de tipo “como si”; c) poca expresión afectiva y baja espontaneidad; y d) intelectualización y desconexión como defensas (Grinker, 1968; citado en Lerner &

Sternbach, 2007).

El grupo IV denominado “*border neurótico*”, es el presentado por menos sujetos ya que se tiende a no seleccionarlos por lo cerca que están de la depresión neurótica; presentan los más logrados afectos positivos dentro del síndrome borderline, junto a una depresión anaclítica con aferramiento infantil. Sus características principales con la depresión de tipo infantil, la ansiedad y el estrecho parecido con los caracteres narcisísticos (Grinker, 1968; citado en Lerner & Sternbach, 2007).

Es así como se ha tratado de categorizar este cuadro con características específicas. En un intento por llegar a un consenso con respecto a este cuadro psicopatológico, los manuales de clasificación diagnóstica (DSM-IV; CIE-10) proponen una descripción de criterios conductuales y sintomáticos, mientras que Otto Kernberg alude a estructuras internas de personalidad que funcionan en forma estable y permanente en el tiempo, que apuntan específicamente a déficits en la constitución yoica.

En la actualidad el diagnóstico de personalidad limítrofe es de gran relevancia para los profesionales de la salud mental. Los estudios hablan de una prevalencia de alrededor del 5% en población general (Oksenberg, 2008) y es el 30-60% de todos los

trastornos de personalidad, siendo el más frecuente (Menchaca, 2003). Los pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad limítrofe constituyen el 10% de los pacientes en tratamientos ambulatorios y el 20% de los internados; existe una alta comorbilidad con trastornos del ánimo y con trastornos alimenticios; y se ha concluido que aproximadamente el 10% de estos pacientes llegan al suicidio (Guala, 2004).

Algunos datos estadísticos muestran lo siguiente (Guala, 2004):

- Ψ A 1 de cada 100 pacientes psiquiátricos le corresponde el diagnóstico de fronterizo.
- Ψ Tres cuartos de los pacientes diagnosticados con trastornos borderline de la personalidad son mujeres.
- Ψ El riesgo de suicidio es en ellos 50 veces mayor que en la población general.
- Ψ El abuso de sustancias tóxicas es 9 veces mayor que en el resto de los sujetos que consultan.
- Ψ La coexistencia de trastornos alimenticios o trastornos del ánimo es

mayor que en la población general de pacientes psiquiátricos.

Por otro lado, diferentes publicaciones han destacado la coexistencia con otros cuadros clínicos, y han descrito la coincidencia frecuente de cuadros diagnosticados como fronterizos con otros (Guala, 2004):

- Ψ Trastornos del ánimo: 39,2%.
- Ψ Depresión mayor: 31,3%.
- Ψ Bulimia: 30%.
- Ψ Distimia: 16%.

Otras memorias (Guala, 2004), consideran que este cuadro clínico remite en las siguientes proporciones (cada porcentaje incluye el anterior):

- Ψ 34% a los 2 años.
- Ψ 49.4% a los 4 años.
- Ψ 68.6% a los 6 años.
- Ψ 73.5% después de los 6 años.

Diversos estudios (Stone, Stone y Hurt, 1987), muchos de ellos basados en pacientes hospitalizados, indican que los pacientes fronterizos tratados psicoterapéuticamente mostraron evidencias clínicas de mejoría en su sintomatología después de un tratamiento prolongado, y vueltos a entrevistar años mas tarde (10 y 15 años), la mayoría tenía una vida independiente y un trabajo estable. Muchos de ellos

habían podido establecer relaciones interpersonales perdurables.

Estudios de seguimiento de pacientes limítrofes han mostrado que el pronóstico a largo plazo (20 años) es relativamente bueno, tendiendo a mejorar sintomáticamente con la edad. Sin embargo, estudios también han demostrado altos niveles de deserción en estos pacientes (Menchaca, 2003). Sin embargo, un riesgo constante en el tratamiento de pacientes con organización limítrofe de personalidad, es la posibilidad de que abandonen los tratamientos.

La psicofarmacología ha sido, hasta el momento, un complemento a la psicoterapia en los trastornos limítrofes de personalidad. Dos a tres sesiones por semana, períodos largos de tratamiento, terapeutas altamente entrenados y la farmacoterapia como complemento, incrementan los costos en las opciones de tratamiento señaladas, lo que dificulta e incluso puede llegar a impedir la implementación de éstas, tanto en los servicios públicos de salud como en los privados (Menchaca, 2003).

Diversos autores coinciden de que se encuentra entre un 25% y un 50% de deserción del tratamiento psicológico en general (Bueno.; Córdoba; Escolar y Carmona, 2000). Jo y Almas (2006) proponen que luego de tres meses de la entrevista inicial, un 63% de

los pacientes han abandonado y en un 30,5% el motivo predominante fue la mejoría sintomática. Haynes (1979; en Jo y Almas, 2006) dice que entre la quinta y la undécima sesión ocurre la mayor deserción y, por su parte, Freire (1986; en Jo y Almas, 2006) afirma que se dan mayores tasas de abandono en los pacientes que no tienen tratamientos combinados. Estas altas tasas de deserción aumentan considerablemente en el tratamiento de pacientes limítrofes (Menchaca, 2003). Estudios de seguimiento señalan que el 50% de los pacientes fronterizos abandonan el tratamiento a los 6 meses y el 75% a los 12 meses (Guala, 2004).

Debido a esto, es necesario terapeutas entrenados, que tengan la capacidad de establecer un buen vínculo con sus pacientes, y que posean un conocimiento profundo de los distintos abordajes psicoterapéuticos que han arrojado resultados efectivos.

Otto Kernberg y su equipo de la Universidad de Cornell han desarrollado una psicoterapia psicodinámica específica centrada en la transferencia. Por otro lado, Marsha Linehan, de la Universidad de Washington, ha desarrollado una terapia de orientación cognitivo-conductual (Dialectical-Behavioral Therapy) que ha demostrado eficacia sintomática en un estudio controlado con seguimiento a dos años (Menchaca, 2003). Por su parte, la psicoterapia basada en la mentalización de Peter Fonagy, ha mostrado

resultados similares a los abordajes psicoterapéuticos anteriores (Menchaca, 2003). Finalmente, en Chile, Menchaca (2003) ha propuesto una psicoterapia grupal Intermitente-Continua-Ecléctica (ICE), cuya efectividad está siendo estudiada.

Análisis Estructural de la Organización Limítrofe de Personalidad

A continuación se realizará un análisis estructural de la organización limítrofe de personalidad, basado en los criterios diagnósticos de Otto Kernberg, los cuales sitúan a la organización limítrofe como una organización independiente, con características propias. Por otro lado, se revisarán las diferentes teorías etiológicas que fundamentan el desarrollo de una personalidad limítrofe, para finalmente, revisar los distintos abordajes psicoterapéuticos que han demostrado efectividad en el tratamiento de este cuadro psicopatológico.

Para comenzar el análisis estructural, debemos decir, que los pacientes de personalidad fronteriza presentan al comienzo lo que superficialmente parece ser una típica sintomatología neurótica. Sin embargo, sus síntomas neuróticos y su patología caracterológica exhiben ciertas peculiaridades que apuntan a una organización fronteriza subyacente. Sólo un meticuloso examen diagnóstico revelará la

organización de personalidad a la base. Todos los elementos descriptivos son solo signos diagnósticos presuntivos de una personalidad fronteriza. El diagnóstico definitivo depende de la patología yoica característica y no de los síntomas descriptivos (Kernberg, 1979). Para comenzar, realizaremos un análisis estructural de la organización limítrofe de personalidad.

La primera característica estructural de la personalidad fronteriza son las manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica. Kernberg (1979) al hablar de manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica se refiere principalmente a tres características:

a) *Falta de tolerancia a la ansiedad*: Se refleja en la medida en que una ansiedad mayor que la experimentada habitualmente provoca en el paciente la formación de nuevos síntomas, actitudes aloplásticas o regresión yoica. Cabe mencionar que lo que importa es la manera en que el yo reacciona ante toda “carga” adicional de ansiedad.

b) *Falta de control de impulsos*: Propia de los caracteres impulsivos.

c) *Insuficiente desarrollo de los canales de sublimación*: Los logros y el goce creativos son los aspectos fundamentales de la capacidad de

sublimación, suelen ser los mejores indicadores de la extensión del área libre de conflictos del yo; por lo tanto, su ausencia es una señal importante de labilidad yoica.

Esta fragilidad en la estructura yoica genera lo que se conoce como *El Síndrome de difusión de identidad*. Clínicamente, la difusión de identidad consiste en la incapacidad de integrar las introyecciones e identificaciones provenientes de instintos pulsionales libidinales, con las introyecciones e identificaciones provenientes de instintos pulsionales agresivos. Esta dificultad para integrar las representaciones de cualidad opuesta, libidinal y agresiva, se produce tanto en el sí mismo como en los objetos significativos. La dificultad en la integración del sí mismo y la dificultad de la integración de los objetos, es decir, el síndrome de difusión de identidad y la patología de las relaciones objetales internalizadas, se mantienen producto de la activación de una organización defensiva primitiva, principalmente, por el potente mecanismo de escisión (Kernberg, 1979).

Otra característica importante de la organización limítrofe de personalidad es que cuentan con una organización defensiva primitiva. En un primer momento del desarrollo, las introyecciones e identificaciones generadas bajo la influencia de derivados de instintos libidinales se constituyen

separadamente de aquellas originadas bajo la influencia de derivados de instintos agresivos. Esta división de las relaciones objéales en “buenas” y “malas” se debe en un principio a la falta de capacidad de integración del yo temprano. Con posterioridad lo que falta de capacidad de integración es utilizado defensivamente por el yo en formación, para impedir la generalización de la ansiedad y para proteger al núcleo yoico constituido alrededor de introyecciones positivas. Esta división defensiva del yo, en la cual lo que fue primero una simple deficiencia de integración es después utilizada para otros fines, constituye en esencia el mecanismo de escisión, el cual rige toda la organización defensiva de los pacientes fronterizos. A continuación se describen las defensas primitivas propias de la organización fronteriza de personalidad (Kernberg, 1979):

I.- Escisión: Es la operación defensiva esencial de la personalidad fronteriza. Este mecanismo hace referencia al proceso activo de mantener la separación entre las introyecciones e identificaciones de calidad opuesta. La más conocida manifestación de escisión es la división de los objetos externos en “totalmente buenos” y “totalmente malos”, lo cual trae aparejada la posibilidad de que un objeto o el sí mismo, oscile de manera radical y abrupta de un extremo a otro.

II.- Idealización primitiva: Es la tendencia a ver a los

objetos externos como “totalmente buenos” y para poder contar con su protección contra los objetos malos, y para asegurarse que no habrán de ser dañados, contaminados o destruidos por la agresión propia o la proyectada en otros objetos.

III.- Tempranas formas de proyección, en especial Identificación Proyectiva: Los pacientes fronterizos tienden a utilizar potentes mecanismos de proyección. Aunque en este tipo de pacientes los límites yoicos están bastante desarrollados como para diferenciar entre sí mismo y objetos en la mayoría de los aspectos de su vida, la misma intensidad de sus tendencias proyectivas, sumada a su típica labilidad yoica, debilita los límites de su yo en el área de la proyección de la agresión. Esto en muchas ocasiones produce una pérdida episódica del sentido de realidad. A través de la Identificación Proyectiva, los pacientes fronterizos atacan y controlan al objeto antes de que éste los ataque y destruya.

IV.- Negación: Un típico ejemplo de este mecanismo es la “negación mutua” de dos áreas emocionalmente independientes de la conciencia, en cuyo caso la negación no hace más que reforzar la escisión. El paciente está consciente de que en determinado momento sus percepciones, pensamientos y sentimientos acerca de sí mismo y de los demás son por completo opuestos a los que tuvo en otros

momentos; sin embargo, este recuerdo carece de repercusión emocional y no puede modificar la manera de sentir.

La negación puede manifestarse también como una simple desestimación de un sector de su experiencia subjetiva o del mundo externo. El paciente niega emociones que ha experimentado y niega asimismo el reconocimiento de la resonancia emocional de una cierta situación real. Este tipo de negación corresponde a los niveles más elaborados de este mecanismo y esta relativamente cerca del aislamiento.

En consecuencia, la negación abarca una amplia gama de operaciones defensivas, cuyo nivel superior esta probablemente vinculado con el aislamiento y otras defensas contra los afectos (desapego, negación en la fantasía, negación en palabras y actos), en tanto que su nivel inferior esta ligado con la escisión.

V.- Omnipotencia y desvalorización: Ambos mecanismo están estrechamente conectados con la escisión. La omnipotencia hace establecer una relación que refleja el aferramiento y exigencias a un objeto mágico idealizado. Este estado representan la identificación con un objeto “totalmente bueno”, idealizado y poderoso, a modo de protección contra los malos objetos persecutorios.

Por otro lado, la desvalorización de los objetos es en parte un corolario de la omnipotencia. Cuando un objeto externo ya no puede proporcionar gratificaciones o protección, es abandonado y dejado de lado. Existen también otras fuentes que alimentan la tendencia a la desvalorización; una de ellas es la destrucción vengativa del objeto que frustró las necesidades del paciente; otra es la desvalorización defensiva del objeto con el fin de impedirle transformarse en perseguidor.

Finalmente, otra característica estructural central en las personalidades borderline es la patología de las relaciones objéales internalizadas. La patología de las relaciones objéales de los pacientes fronterizos tiene que ver con la incapacidad para sintetizar las introyecciones e identificaciones buenas y malas. La persistencia de introyecciones totalmente buenas y totalmente malas escindidas tiene múltiples consecuencias. En primer término, la falta de integración de los derivados de instintos libidinales y agresivos interfiere con la normal modulación y diferenciación de las disposiciones afectivas del yo y permite la crónica irrupción de estados afectivos primitivos. Cuando no se concilian las introyecciones positivas y negativas, no es posible lograr la particular disposición afectiva que se refleja en la capacidad yoica de depresión, preocupación y culpa. La capacidad del yo de hacer una reacción depresiva

parece depender en gran medida de la integración de imágenes buenas y malas, permitiendo por consiguiente el reconocimiento de la propia agresión (Kernberg, 1979).

La imposibilidad de integrar imágenes objétales “totalmente buenas” y “totalmente malas”, también opone serios obstáculos a la integración del súper-yo. Los primitivos precursores superyoicos sádicos son demasiado dominantes para ser tolerados y por lo tanto son re proyectados como objetos externos malos. Las imágenes objétales exageradamente idealizadas y las imágenes totalmente buenas de sí mismo sólo pueden crear fantásticos ideales de poder, grandeza y perfección, y no las demandas y objetivos más reales a que daría lugar un superyo integrado (Kernberg, 1979).

Todas estas características de las relaciones objétales internalizadas se reflejan en los típicos rasgos caracterológicos de la personalidad fronteriza. Estos pacientes poseen escasa capacidad para evaluar de manera realista a los demás y para entablar con ellos una relación de verdadera empatía; experimentan a las otras personas como objetos distantes a quienes se adaptan de un modo “real” siempre que no tengan un compromiso emocional con ellos. Toda vinculación interpersonal más profunda, revela la incapacidad de vivenciar o empatizar con los demás, la percepción distorsionada de éstos y la superficialidad de los

vínculos emocionales (Kernberg, 1979).

Etiología de la Organización Limítrofe de Personalidad

Luego de haber revisado con profundidad las características estructurales de las personalidades fronterizas, resulta importante conocer las distintas teorías etiológicas en relación a este cuadro psicopatológico.

Para Kernberg (1979), la agresión pregenital, sobre todo la oral, tiene una participación decisiva en esta constelación psicopatológica.

Es frecuente que en la historia de los pacientes de personalidad fronteriza consigne experiencias de frustración extrema e intensa agresión en los primeros años de vida. La excesiva agresión pregenital, específicamente la oral, tiende a ser proyectada y provoca una distorsión paranoide de las tempranas imágenes parentales, en especial de la madre (Kernberg, 1979).

Debido a lo anterior, Kernberg (1979) formula que en las primeras fases del desarrollo psicosexual, la figura materna representante del vínculo y la crianza, es experimentada por el hijo de dos formas reales pero contradictorias. Por un lado, se trata de una figura

materna que cuida y protege, y por otro, una que descuida, frustra y desampara de manera impredecible. Esta concepción ambivalente de la madre provoca alta angustia, debido a que ambas experiencias opuestas provienen de la misma persona de la cual se depende intensamente. Es por este motivo que se despliega el mecanismo de defensa de la escisión, característico de este tipo de trastorno, para mantener separadas a ambas personas. De esta manera, se sugiere que la internalización patológica de la relación objetal es mantenida por el individuo a través del uso de mecanismos defensivos primitivos que, durante un desarrollo normal, se van abandonando. Esta peculiar relación objetal patológica, propia de personalidades fronterizas, se mantiene en la vida adulta, distorsionando las relaciones vinculares reales, las cuales se efectúan con personas idealizadas, o devaluadas, siendo las primeras consideradas nutrientes, aseguradoras y dignas de vinculación, y las segundas sádicas, abandonadoras y amenazantes para la seguridad.

Mientras que la teoría de Kernberg es derivada esencialmente del modelo del conflicto de la psicopatología, la comprensión de Adler (1985) del trastorno límite de personalidad esta basada en el modelo del déficit o “insuficiencia”. Según Adler, el maternaje inconsciente y no confiable, causa el fracaso del paciente borderline en desarrollar un objeto interno

“sostenedor-tranquilizador”. Según Adler, la falta o carencia de un objeto sostenedor-tranquilizador genera sentimientos de vacío y tendencias depresivas, lo cual es también responsable de la dependencia aferradora tan comúnmente vista en los pacientes límites. Finalmente, la ausencia de un introyecto sostenedor-tranquilizador produciría una rabia oral crónica en estos pacientes, relacionada con sus sentimientos de que la figura materna no estuvo emocionalmente disponible durante la infancia (Gabbard, 2000).

Mahler (1975), por su parte, sitúa la etiopatogenia de la organización limítrofe de personalidad en una fijación durante la fase de separación-individuación, más específicamente en la subfase de *reacercamiento*. Esta subfase se caracteriza por el seguimiento de la madre y la huida de ella, con la expectativa de ser perseguido y arrebatado por los brazos de la madre, lo cual indica tanto el deseo de reencuentro con el objeto de amor como el temor del niño de que ese objeto lo reabsorba. En esta fase, el niño comienza a alarmarse acerca de la posibilidad de que su madre desaparezca, desplegando una franca preocupación por encontrarla. A partir de este punto del desarrollo, los pacientes con organización limítrofe de personalidad pueden revivir repetidamente esta crisis infantil en la cual temen que intentos por separarse de su madre resulten en la desaparición de ésta. En la forma adulta de esta crisis infantil, los individuos son incapaces de tolerar

períodos de estar solos y temen el abandono de aquellos otros significativos. Asimismo, estos pacientes pueden desbordarse de ansiedad al enfrentar grandes separaciones de sus padres o figuras parentales.

Peter Fonagy, en cambio, propone la etiopatogenia de los trastornos borderline, en las dificultades en el desarrollo de la función reflexiva o mentalización. Según Allen & Fonagy (1994), la mentalización es la capacidad de dar sentido a las acciones de uno mismo y de otros en base a estados mentales intencionales, tales como deseos, sentimientos y creencias. La mentalización se desarrolla normalmente a través de las experiencias que tienen los niños sobre sus estados mentales cuando éstos son reconocidos, inicialmente a través de respuestas marcadamente emocionales y, subsecuentemente, a través de experiencias seguras y de juego en interacciones con sus cuidadores. Es decir, el desarrollo de la capacidad de mentalización tiene su base en las relaciones de apego en la primera infancia y en la presencia de un ambiente seguro con ausencia de trauma. Allen & Fonagy (1994) proponen el trauma infantil y las relaciones de apego inseguro o desorganizado, como las principales causas del trastorno borderline de personalidad.

Por otro lado, Linehan (2001), propone que el trastorno límite consiste principalmente en una *disfunción del*

sistema de regulación de la emoción, o también llamada *disregulación emocional*, y a partir de esto, lo cual considera el núcleo de la patología, se dan el resto de los síntomas conductuales característicos del cuadro. Este déficit produce dificultades en la inhibición del estado de ánimo y dificultades para distraer la atención de estímulos que evocan emociones no deseadas.

Por otra parte, para Linehan no es suficiente que se dé en el sujeto esta vulnerabilidad inicial sino que, además, éste ha de estar expuesto a un *entorno invalidante*. Las características de este entorno consisten en que niega o responde de modo no adecuado a las experiencias privadas de los sujetos. No se toman sus reacciones emocionales como válidas ante los hechos que las provocan, sino que se las trivializa, se las desprecia, se las desatiende o, incluso, se las castiga. Estas familias tienden a valorar el control de la expresión emocional, y no toleran la manifestación de afectos negativos. El resultado de todo esto es la exacerbación de la vulnerabilidad emocional del individuo, lo cual, a su vez, influye recíprocamente en el entorno invalidante (Linehan, 2001).

Algunos Abordajes Psicoterapéuticos de la Organización Límitrofe de Personalidad

Como vimos anteriormente, diversos autores se han manifestado sobre las posibles causas u orígenes de esta alteración de la personalidad. Sin duda, la creación de tratamientos efectivos resulta un desafío. Actualmente existen cuatro abordajes psicoterapéuticos, que han demostrado empíricamente buenos resultados.

Kernberg (1989), por ejemplo, propone una psicoterapia psicodinámica específica, la cual consiste en dos fases. La tarea de la fase temprana del tratamiento consiste en ayudar a estos pacientes a desarrollar imágenes de ellos mismos y de los demás que sean profundas, cohesivas e integradas. Esto se logra a medida que el paciente deja de utilizar mecanismos defensivos primitivos. Recordemos que estos pacientes carecen de un sentido consistente e integrado de sí mismo y de los objetos, tienen falsas percepciones y distorsionan las interacciones sociales; estas relaciones se vuelven exageradas, inestables o estereotipadas, coloreadas de afectos inapropiados y fluctuantes. La tarea del terapeuta en la fase temprana es identificar las díadas parciales sí mismo-objeto predominantes e integrarlas en representaciones del sí mismo y de los objetos más realistas e equilibradas.

La fase avanzada comienza cuando se abandona el uso predominante de las defensas primitivas, a favor de las defensas avanzadas. Concomitantemente con la reducción de la escisión, el paciente muestra una mejor integración de las representaciones del sí mismo y de los objetos, de manera que ahora se experimenta a sí mismo y a los demás con mayor complejidad y continuidad; y desarrolla las capacidades necesarias para tolerar la ansiedad y tener un mejor control de impulsos. En otras palabras, hay un nivel más alto de funcionamiento defensivo, mejor integración de la identidad del yo y menos debilidad yoica (Kernberg, 1989).

En esta fase, la escisión y la disociación primitiva se revierten interpretativamente, ayudando al paciente a tolerar los sentimientos ambivalentes hacia el objeto y hacia sí mismo. Así disminuye la necesidad de proteger su sí mismo de las relaciones intensamente ambivalentes con las personas significativas a través de mecanismos de escisión, proyección, represión o acting out. En esta fase la autorreflexión aumenta, el lenguaje empieza a reemplazar a la conducta como forma de comunicar la experiencia subjetiva. Estos desarrollos que emergen en las etapas avanzadas del tratamiento, reflejan la consolidación de la identidad del yo y con ella la superación de las características psicoestructurales de la organización límitrofe de personalidad (Kernberg, 1989).

Otro tratamiento psicoterapéutico que ha demostrado efectividad es la terapia conductual dialéctica (TCD). Esta terapia ha sido diseñada para individuos severamente disfuncionales o suicidas crónicos (Linehan, 2003).

El tratamiento consiste en un pretratamiento y cuatro etapas. El primer lugar, el *pretratamiento* consiste en el acuerdo entre terapeuta y paciente, que se produce en las primeras tres sesiones, respecto al compromiso de trabajar juntos. Para esto se trabaja primero con las expectativas que el paciente tiene, estudiándose si son o no realistas.

Luego de esto se trabajan las *capacidades básicas*. Este estadio se centra en conseguir un modo de vida razonablemente funcional y estable. Con los pacientes suicidas, graves, normalmente esta etapa dura un año como mínimo. Los objetivos de este estadio son disminuir o eliminar las conductas suicidas; bloquear las conductas que interfieran con la terapia y con la calidad de vida; y generar habilidades para la regulación emocional (Linehan, 2003).

Posteriormente se sigue con la *reducción de la angustia postraumática*. El procedimiento consiste en volver a exponer al paciente las claves asociadas con el trauma, dentro de la terapia. Se trata de recordar y aceptar los hechos traumáticos tempranos, reducir la

estigmatización y autoinculpación que suele asociarse con ellos, reducir la negación y resolver las tensiones dialécticas en cuanto a la atribución de la culpa que produce el trauma (Linehan, 2003).

Luego el tratamiento se centra en *resolver problemas de la vida e incrementar el autorespeto*. El objetivo ahora se dirige por un lado a la confianza en sí mismo y la autoestima, y por otro lado a la autonomía. El paciente debe conseguir que su autorespeto sea razonablemente independiente de la valoración externa (Linehan, 2003).

Finalmente el tratamiento se centra en *lograr la capacidad de sostener la alegría*. Los autores no se detienen mucho en explicar esta fase. Los objetivos pasan por ampliar la conciencia, la plenitud espiritual y el movimiento dentro del flujo vital. En este momento los pacientes pueden beneficiarse de la psicoterapia de larga duración orientada al insight (Linehan, 2003).

Otro abordaje psicoterapéutico de gran relevancia es la psicoterapia basada en la mentalización. Fonagy (1999), propone que la psicoterapia de los pacientes borderline, cualquiera que sea su forma, trata la reactivación de la mentalización. El terapeuta debe ayudar al paciente a comprender y poner nombre a los estados emocionales con la mirada puesta en el fortalecimiento del sistema representacional

secundario. A menudo esto se consigue no sólo con las interpretaciones de los cambios en la actitud emocional del paciente momento a momento, sino focalizando la atención del paciente sobre la experiencia del terapeuta. Como sabemos, las lagunas en la mentalización generan impulsividad y dificultades para crear una distancia entre la realidad externa y la interna. El restablecimiento de la función reflexiva ayuda al paciente a pensar antes de actuar, y a mantener percepciones objetivas de la realidad (Fonagy, 1999).

Finalmente, en Chile, Menchaca (2003) propone una psicoterapia grupal intermitente, continua y ecléctica (ICE), que consiste en un tratamiento de apoyo, paliativo de los síntomas, que se adapta a la patología del paciente.

Es conocido que estos pacientes tienden a abandonar tratamiento para después volver con otro o el mismo terapeuta. Esto motiva a pensar en una terapia que provea un apoyo continuo, pero usado intermitentemente. El plan terapéutico puede ser retomado por el paciente, que ha dejado de asistir a terapia, en el momento que él lo estime necesario, cumpliendo con ciertas condiciones mínimas. La comprensión de los fenómenos mentales de los pacientes es psicoanalítica. Lo ecléctico está dado por el uso de varias técnicas extraídas de distintas

orientaciones, especialmente de la psicoterapia psicoanalítica de apoyo y la terapia dialéctico-conductual, que tienen en común el fomentar el uso de mecanismos basados en la razón (Menchaca, 2003).

Se utilizan técnicas de apoyo como ventilación, comprensión empática, consejo, clarificación y confrontación (mostrar aspectos contradictorios del sí mismo) para después usar una explicación racional (muchas veces una racionalización) que pueda ayudar al paciente a buscar una forma de solucionar su problema. La interpretación (hipótesis de lo que podría estar en el inconsciente del paciente) se evita debido a que en sesiones grupales, una vez por semana, con este tipo de pacientes, podría provocar un efecto regresivo inmanejable (Menchaca, 2003).

Los pacientes ingresan a una agrupación cuyo elemento terapéutico central es un grupo que funciona continuamente una vez por semana, el cual los pacientes pueden utilizar en períodos o ciclos de 10 sesiones cada vez. Cuando un paciente termina un ciclo se le explicita que puede quedarse por otro período más o que puede egresar, pero que no está de alta, y que puede reingresar sin mayores trámites cada vez que lo estime necesario. (Menchaca, 2003).

Es importante destacar, que la efectividad de la técnica de intervención para trastornos borderline ICE está

buscando ser comprobada empíricamente para así optar por generar más recursos para realizar nuevos estudios que avalen el tratamiento (Menchaca, 2003).

Reflexiones Finales

A modo de conclusión, podemos decir que una organización fronteriza no es un cuadro psicopatológico ubicado entre la neurosis y la psicosis. Hace unos años atrás era muy común escuchar esta afirmación, incluso hoy en día hay quienes afirman eso. Pero luego de haber estudiado en profundidad la organización borderline de personalidad podemos decir que un paciente fronterizo está lejos de ser neurótico si es que fuera “un poco más sano” o de caer en la psicosis si fuera “un poco más enfermo”. La organización limítrofe de personalidad ha adquirido características por derecho propio, es una organización independiente (al igual que la organización neurótica y la organización psicótica), incluso se podría decir que ha adquirido ciudadanía propia (Lerner & Sternbach, 2007).

A modo de realizar una somera diferenciación entre las tres organizaciones de personalidad, podemos decir lo siguiente. Los pacientes psicóticos adolecen de un grave déficit del desarrollo yoico, con imágenes de sí mismo y de los objetos en su mayor parte indiferenciadas, y una concomitante falta de desarrollo

de los límites yoicos (Kernberg, 1979).

La organización limítrofe de personalidad, por su parte, se caracteriza principalmente por difusión de identidad y labilidad yoica (falta de cohesión del self, falta de un sentimiento de continuidad, falta de control de impulsos, falta de tolerancia a la ansiedad, desviación hacia el proceso de pensamiento primario, etc.) (Kernberg, 1979). Por otro lado, y producto de la difusión de identidad (falta de integración de las representaciones contradictorias del sí mismo y de los otros significativos), la organización limítrofe de personalidad se caracteriza por una patología en las relaciones objétales internalizadas. Las relaciones objétales patológicas y la falta de integración de la identidad son mantenidas en el tiempo producto de la activación de una organización defensiva primitiva, dominada principalmente por el mecanismo de escisión. La difusión de identidad y la patología en las relaciones objétales internalizadas (ambos producto de la organización defensiva primitiva) llevan a estos pacientes a tener percepciones distorsionadas de la realidad. El paciente borderline mantiene intacto el juicio de realidad, es decir, la diferenciación entre las representaciones del sí mismo y las representaciones de objeto (diferenciación yo/no-yo), pero sus potentes mecanismos proyectivos (en especial, la identificación proyectiva) debilitan los límites yoicos, produciéndose una pérdida de la prueba de realidad, especialmente en

las relaciones de gran intimidad emocional (Kernberg, 1979).

La patología de las relaciones objétales internalizadas, hace que las relaciones interpersonales se tornen caóticas y tormentosas. Los excesivos mecanismos de proyección e identificación proyectiva, activados en las relaciones interpersonales producen una pérdida episódica de la prueba de realidad, específicamente en las relaciones de intensa intimidad emocional o en la situación de regresión transferencial. Esto hace aún mas distorsionada la percepción de la realidad, pudiendo llegar incluso a micropsicosis o a la psicosis transferencial en la situación analítica (Kernberg, 1979).

Finalmente, los pacientes neuróticos muestran un yo bien consolidado, con completa separación entre imágenes de sí mismo y de los objetos y la concomitante definición de los límites yoicos; no se observa en ellos el síndrome de difusión de identidad. Presentan una identidad yoica estable, con la consecuente integración, despersonificación e individualización de las estructuras yoicas generadas por las relaciones objétales; y un superyó consolidado en el que se integran los primitivos precursores de origen pregenital y los precursores ulteriores, que representan la internalización de imágenes parentales reales. Aunque su superyó sea severo o sádico en

exceso, está lo suficientemente integrado como para promover el desarrollo yoico y un funcionamiento por lo menos parcialmente eficiente y libre de conflictos (Kernberg, 1979).

Es necesario enfatizar, que la literatura de los cuadros borderline enumera una serie de síntomas descriptivos y conductuales, sin embargo, ninguno de estos síntomas es patognomónico de la psicopatología. El diagnóstico final de una organización límite de personalidad depende específicamente del déficit en la constitución yoica y en la patología de las relaciones objétales internalizadas (Kernberg, 1979).

La clasificación diagnóstica creada por el doctor Kernberg ha sido de gran utilidad para el diagnóstico y tratamiento de este desorden de personalidad, y ha instalado a la organización límite como una organización independiente, con características propias.

Considero que la teoría psicoanalítica ha tomado un giro radical. Antes lo central era el conflicto edípico, hoy es la consolidación de una identidad integrada o el logro de un self cohesivo. En este sentido, el foco central del desarrollo psíquico se ha anticipado cronológicamente. Las perturbaciones psíquicas se producen antes del Edipo, en estados más primitivos (durante el primer año de vida principalmente). Debido

a esto, se ha producido una ampliación del concepto de Edipo. Klein, por ejemplo, desarrolló el concepto de Edipo temprano, el cual ha sido posteriormente desarrollado por Meltzer y otros. Dado lo anterior, considero de gran importancia el desarrollo de las teorías de apego temprano, ya que pueden ser beneficiosas para la prevención de los cuadros borderline en la edad adulta. Cuidadores sensibles generarán confianza básica y apego seguro, lo cual puede prevenir en gran medida el desarrollo de la personalidad borderline.

Resulta un desafío entrenar terapeutas capaces de enfrentar este tipo de patologías. En este artículo, se ha realizado una breve descripción de los tratamientos más utilizados para los trastornos de personalidad limítrofe. Los tratamientos de Kernberg, Fonagy, Linehan y Menchaca han demostrado efectividad en el tratamiento de este tipo de pacientes, sin embargo, es necesario seguir realizando estudios de seguimiento, de manera de registrar como evolucionan estos pacientes luego de terminados los tratamientos. Considero importante la creación de nuevos abordajes y técnicas psicoterapéuticas para abordar este cuadro psicopatológico de tan alta prevalencia y de tan escaso pronóstico. Los abordajes psicoterapéuticos hoy empleados, requieren de alto costo económico para los pacientes. Debido a esto, es necesario investigar con profundidad la efectividad de los tratamientos antes

presentados, de manera de perfeccionarlos o crear nuevos modelos de intervención psicoterapéutica.

Referencias

- Ψ Allen, J. & Fonagy, P. (1994). *El Desarrollo de la mentalización y su rol en la psicopatología y psicoterapia*. Departamento de Investigación, Clínica Menninger. Topeka, Kansas.
- Ψ Bueno, A.; Córdoba, J. A.; Escolar, A. & Carmona, J. (2000). *Variables asociadas al abandono del tratamiento o la terapia en el equipo de salud mental de Distrito de Jerez de la Frontera*. Extraído el 05 de Septiembre de 2008 desde Internet: <http://64.233.169.104/search?q=cache:VtdqjaRBBwJ:www.dinarte.es/saludmental/>
- Ψ Eysenck, H. (1967). *Biological Basis of Personality*. New York, USA: Cambridge University Press.
- Ψ Fonagy, P. (1999). *Apegos patológicos y acción terapéutica*. Trabajo presentado en el “Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo”, en la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC.

- Ψ Freud, S. (1923). *El Yo y el Ello*. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ψ Freud, S. (1924). *Neurosis y psicosis*. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ψ Gabbard, G. (2000). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ψ Guala, S. (2004). *Aspectos neurobiológicos y clínicos en el tratamiento del paciente fronterizo o borderline*. Buenos Aires, Argentina: Moizeszowicz Editor.
- Ψ Green, A. (1994). *De locuras privadas. El concepto de fronterizo*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ediciones.
- Ψ Jo, T. & Almao, S. (2006). *Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica*. Revista electrónica de portales médicos.com. Extraído el 05 de Septiembre de 2008 desde: http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm
- Ψ Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ψ Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ψ Kernberg, O. (1989). *Psicoterapia Psicodinámica del Paciente Límitrofe*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ψ Kernberg, O. (2008). *Primer congreso en patología borderline: Avances Neurobiológicos y Psicoanalíticos en el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Personalidad*. Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.
- Ψ Kretschmer, E. (1954). *Constitución y carácter*. Barcelona, España: Labor.
- Ψ Lerner, H & Sternbach, S. (2007). *Organizaciones fronterizas - fronteras del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ψ Linehan, M. (2003). *Manual para el tratamiento de los trastornos borderline*. Paidós. Barcelona, España.

- Ψ Linehan, M. (2001). *Terapia Conductual Dialéctica para los Trastornos de Personalidad Borderline*. Revista Aperturas Psicoanalíticas. Extraído desde Internet: www.aperturas.org.
- Ψ Malher, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano: Simbiosis e individuación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ψ Martin, C. (2007). Comunicación personal. Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.
- Ψ Menchaca, A. (2003). *ICE: una nueva aproximación terapéutica para trastornos limítrofes de la personalidad*. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. Santiago, Chile.
- Ψ Oksernberg, B. (2008). *Primer congreso en patología borderline: Avances Neurobiológicos y Psicoanalíticos en el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Personalidad*. Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.
- Ψ Paz, C., Palento, M. & Olmos de Paz, T. (1976). *Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Ψ Sheldon, W. (1942). *The varieties of temperament*. New York. USA: Harper & Brothers.
- Ψ Stern, D. (1938). El mundo interpersonal del infante. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ψ Stone, M; Stone, D. & Hurt, S. (1987). *Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization*. Psychiatric clinical North America. USA.