

UNA CONSIDERACION SOBRE LOS ESTADOS LIMITROFES*

Dr. Lloyd A. Wells**

El volumen de material escrito en relación a las condiciones limítrofes dentro de la psiquiatría está aumentando en forma exponencial. Es evidente que no se puede empezar una revisión detallada, ni siquiera de la literatura más reciente, sin tener que escribir toda una monografía o inclusive algo más. Aún así, sería difícil sacar mucho provecho de toda esta literatura. Dos problemas importantes se encuentran involucrados en la discusión de los estados limítrofes. En primer lugar, la mayor parte de los autores que escriben sobre estos problemas los definen en forma distinta; no hay unidad nosológica y no se cuenta con criterios clínicos generalmente aceptados para los distintos diagnósticos. Puede ponerse en duda que tres expertos en este campo lleguen a coincidir en cuanto a un diagnóstico de límite en un paciente determinado, en un momento determinado.

Segundo, entre los autores ha existido una gran tendencia a suponer que otros autores están empleando para el diagnóstico criterios idénticos a los propios, lo que los lleva a no describir la entidad clínica y a internarse dentro de una selva de complicados y fascinantes diagnósticos, capaces de crear, aunque con cimientos endeble, hermosos castillos en el aire.

En esta breve revisión espero delinear las entidades clínicas que puedan ser consideradas como limítrofes y hacer algunas conjeturas acerca de la etiología y el tratamiento de dichos trastornos.

Un punto de partida pertinente lo constituye el escrito de James Prichard, psiquiatra inglés de principios del siglo XIX. Este psiquiatra fue el que acuñó el término "locura moral" escribiendo que: "Existe del mismo modo una forma de trastorno mental en el cual parece que las facultades intelectuales han sufrido poco o ningún deterioro, mientras que el daño se manifiesta fundamentalmente aislado en cuanto al estado de los sentimientos, talante, o hábitos, con algún detrimento en la posibilidad de autogobernarse. Es una locura que consiste en una perversión mórbida de los sentimientos naturales, de los afectos, de las inclinaciones, del genio, de los hábitos, de la disposición moral y de los impulsos naturales, en ausencia de un trastorno notable o defecto del intelecto, o de las facultades del conocimiento y la razón, y particularmente sin ilusiones o alucinaciones patológicas" (1). Esta definición es sorprendentemente apropiada para la mayoría de los estados limítrofes. A pesar de la definición más bien clara de Prichard, el término de locura moral fue rápidamente empleado para referirse principalmente a sociópatas y a sujetos sexualmente desviados, convirtiéndose así en un epíteto mas que en el tan necesitado diagnóstico. La demencia moral gradualmente dio paso al diagnóstico de inferioridad psicopática constitucional adoptado por Kraepelin en 1905.

Hasta cierto punto Kraepelin redimió su uso judicativo de la nosología, gracias a la introducción del término límite en relación con este diagnóstico. . . Siguió adelante delineando límites entre las psicosis, las neurosis, la criminalidad, el retraso mental y la normalidad.

No es de sorprender que después de este pasajero interés del gran clasificador, los psiquiatras comenzaran a hacer con más frecuencia el diagnóstico de los estados o entidades limítrofes. En 1913 Pelham publicó un libro acerca de esta condición, clasificando como limítrofes a los alcohólicos, criminales, carteristas, perversos y a los hombres que habían contraído sífilis, llegando a desarrollar la hipótesis de que esos pacientes representaban formas degenerativas de carácter moral, asegurando que sus hijos serían psicóticos y los nietos retrasados mentales.*

A pesar de que sus pacientes teóricamente importantes puedan ser catalogados hoy en día como limítrofes, Freud prestó poca atención a la discusión de las situaciones limítrofes. P. Janet nos proporciona hermosas descripciones de los pacientes limítrofes, clasificándolos como histéricos.

Reich, un tiempo discípulo de Freud, brinda una importante contribución al tema en su monografía sobre *El Carácter Impulsivo*, publicada en 1925. En este trabajo, Reich enfatizó la importancia diagnóstica de los mecanismos de defensa empleados por los así llamados "caracteres impulsivos". Frecuentemente se refería a estos pacientes como tipos limítrofes al escribir: "Es lo mismo si decimos que el carácter neurótico, el carácter impulsivo y el psicópata constituyen los casos limítrofes entre las psicosis y la salud; no hacemos ningún énfasis particular en el punto de vista que tomamos aquí, pero el carácter impulsivo es un caso límite entre la neurosis sintomática y la psicosis tomando en cuenta sus singulares mecanismos de defensa" (2). Reich describía a estos pacientes como personas sumamente impulsivas, con gran ambivalencia, agresividad, fallas en cuanto al ego, defectos aparentes o sutiles en cuanto al super ego, narcisismo primitivo y defensas inmaduras.

Sin embargo, puede ser que la mejor discusión inicial de los estados limítrofes nos haya sido proporcionada por Franz Alexander en 1930 (3). Aun cuando este estudio haya sido ignorado, resulta de interés teórico y tal vez de uso práctico. Al estudiar el "carácter neurótico" Alexander no hablaba de neurosis sintomática o de un verdadero trastorno de carácter, sino de una entidad específica que se asemeja a la situación límite. Empezó su estudio haciendo alusión a la naturaleza peyorativa de los diagnósticos psiquiátricos y escribió: "Es difícil hacer a un hombre responsable de su úlcera gástrica; es mucho más fácil hacerlo responsable de sus síntomas histéricos, y es todavía más fácil censurar a un hombre por su falta de

* Artículo traducido por la Psic. Margarita Maurer.

** Consultante en Psiquiatría, Clínica Mayo; Profesor Adjunto de Psiquiatría, Mayo Medical School, Rochester, Minnesota.

*Este autor retomaba la llamada teoría de la *dégénérescence* establecida originalmente en Francia por Morel y Magnan (N. del E.).

responsabilidad, por el hecho de que apueste y por su incapacidad para emprender un trabajo serio. Para tener el derecho de considerar a esas personas como patológicas, necesitaríamos ampliar y redefinir considerablemente nuestro concepto de enfermedad. Se podría argüir que al hacerlo colocaríamos al originalmente enfermo en compañía más bien inadecuada" (4). Alexander continúa diciendo que algunos pacientes, no neuróticos tienen un elemento neurótico que se manifiesta no tanto por síntomas específicos, sino por una especie de permeabilidad del carácter del paciente. En vez de una serie de desplazamientos, el carácter neurótico termina actualizando su mundo fantástico. Verdaderamente se ve compelido a hacerlo, a pesar del hecho de que con frecuencia esto lo lleve al desastre. La historia de la vida de los caracteres neuróticos se asemeja a la de los caracteres de ficción —es una vida llena de acontecimientos. Alexander usa el término *acting out* para describir la expresión del conflicto neurótico, y siente que el *acting out* implica una fusión de la libido y la agresión con el componente agresivo en grado extremo, y generalmente dirigido en contra de la introyección paterna. El *acting out* de esta agresión, a pesar de su inadecuación, era una necesidad: "Aun el placer no existe sin mezcla. Cada vez que arremete en contra de la autoridad, el golpe recae sobre su propia cabeza; descuida su reputación y juega con ella, no dejando de sacrificarla nunca si con esto puede al menos dañar la imagen paterna".

Alexander concluye esta importante contribución afirmando que otro rasgo cardinal del carácter neurótico es la relativa falta de fuerza del ego, no por causa de alguna debilidad fundamental, sino a causa del tremendo y expansivo poder de los impulsos con los que el ego tenía que habérselas.

En 1942 Helene Deutsch proporcionó una brillante descripción de un síndrome que encaja en la sintomatología del límite: la personalidad "como-si" (4). Este fenómeno es sorprendentemente común y se ve sobre todo en mujeres cuyas relaciones se basan esencialmente en el remedo burlesco o en la imitación de los demás. Estos pacientes no han sufrido regresión, sino que, en su opinión, están fijados en una etapa temprana del desarrollo. Muestran relaciones objetales primitivas e inconsistentes que tienden a asemejarse a aquellas que les eran propias cuando niños. El desarrollo del super ego es en el mejor de los casos irregular. A menudo despliegan una cantidad alarmante de material de procesos primarios, carecen de un fuerte sentido de identidad y presentan pobreza afectiva y falta de *insight*. Finalmente, ni son ni llegan a ser clínicamente psicóticos.

También hacia 1940, Zilboorg contribuyó con varios estudios que intentaban vincular la situación límite a la esquizofrenia, más que a la neurosis, a la normalidad o a los trastornos de carácter (5). Describió un síndrome de impulsividad, ira, polineurosis y aloplastia, agregando que el rasgo primario del síndrome es un adecuado apego a la realidad en el momento del examen formal, pero una incapacidad para integrar efectivamente la realidad en la vida afectiva. Esta es, en mi opinión, una característica importante de muchas de las situaciones límite. A Zilboorg no le gustaba el término límite y añadió aún más confusión a un ya complejo laberinto semántico y diagnóstico, refiriéndose a estos pacientes como esquizofrénicos ambulantes.

Hoch y Polatin propusieron el concepto de esquizofrenia pseudoneurótica: sus pacientes se asemejaban superficialmente a los pacientes pánneuróticos pero los síntomas implicaban cuando menos dos entidades neuróticas

distintas; además, existía un núcleo severo de ansiedad (6). Muchos de los pacientes presentaban experiencias y fantasías sexuales extravagantes y multifacéticas. Hoch y Polatin consideraban que los procesos subyacentes del pensamiento eran esquizofrénicos, aunque los pacientes no fueran abiertamente psicóticos. El concepto de esquizofrenia pseudoneurótica es importante aunque su popularidad diagnóstica haya declinado enormemente.

La discusión en relación a la existencia de los estados límite y a lo que éstos podían ser, continuó durante la década de los cincuenta. El trabajo de Melitta Schimideberg fue uno de los mejores. Esta autora demostró la relativa estabilidad del patrón de conducta inestable y caótico de sus pacientes. El término "inestabilidad estable" sigue siendo útil para caracterizar los estados límite.

Durante la década de los cincuenta muchos psiquiatras analíticamente orientados comenzaron a escribir extensamente sobre la dinámica y la etiología de esta condición, sin tener ningún terreno común para definir la situación límite y sin que siquiera hubiera un consenso en cuanto a su existencia. Esta ha sido una influencia desafortunada. Una de las primeras contribuciones totalmente no descriptivas fue el estudio hecho por Modell el cual afirmaba que a causa de una simbiosis infantil y caótica el paciente límite llegaba a estar fijado en el estadio del desarrollo correspondiente al de objeto transicional (7). Este trabajo, así como gran parte del trabajo posterior, se apoyaba en los escritos de Melanie Klein. La aparición de esos estudios anunciaba un nuevo derrotero en el desarrollo del concepto de límite. Muchos autores se centraban en las características conductuales de la entidad nosológica, y muchos otros en la dinámica, sin hacer mucha referencia a la conducta.

John Frosch resucitó el concepto de "carácter neurótico" de Franz Alexander. Empleó una modificación de este modelo de psicopatología para proponer su propio concepto del síndrome del carácter psicótico: "Propongo que la noción de carácter psicótico representa una entidad clínica específica y reconocible. . . No es una fase transicional en el camino hacia o en el camino de regreso de la psicosis sintomática. Tampoco es una psicosis latente o larvada que pueda hacerse patente, en la misma forma que no podemos definir el carácter neurótico como una fase transicional en el camino hacia o en el camino de regreso de una neurosis sintomática. Como el carácter neurótico, el carácter psicótico es la cristalización en forma de una estructura de carácter que refleja formas predecibles de adaptación y respuesta a las condiciones estresantes" (9, 10).

Frosch prosigue describiendo los caracteres neuróticos como personas con relaciones interpersonales conflictivas, dramáticas y traumáticas, con frecuencia incapaces de mantener fuera de la conciencia el material del "ello". Estos pacientes tienen buen contacto con la realidad, pero mantienen una mala relación con la misma, así como una pobre adaptación para con dicha realidad. Una semejanza importante con la psicosis es el uso de defensas muy primitivas; una limitación importante para con la misma es la gran necesidad de relaciones de objeto y la importancia que el sujeto límite les da: "Estos pacientes están atrapados entre los cuernos de un dilema, necesitan el objeto para vivir, pero a la vez el objeto les representa peligro. Esto es debido a la confusión objetal del yo, característica tanto de estos pacientes como de los psicóticos".

En 1968 (11) Grinker y sus colaboradores publicaron un libro importante sobre el síndrome límite. Hasta el momento de este estudio se consideraba a los límites

como pacientes con cualquiera de estas características o con todas ellas: trastornos del carácter, trastornos narcisistas, defectos del yo, personalidad esquizoide, personalidad paranoide, esquizofrenia, caracteres depresivos, alcoholismo, apostadores, trastornos sexuales y enfermedades psicosomáticas serias. En realidad, si se adoptara este enfoque, los psiquiatras no necesitarían sino un solo diagnóstico.

Grinker se propuso una meta clara: definir la entidad conocida como límite. El y sus colaboradores llevaron a cabo un estudio que incluyó a 51 pacientes jóvenes de ambos sexos, hospitalizados, y que llenaban los siguientes criterios: hospitalizaciones breves repetidas con buen funcionamiento en los intervalos; con episodios floridos e histriónicos que atrajeran la atención precediendo a las hospitalizaciones; buena empatía con el entrevistador; función cognitiva intacta; asociaciones apropiadas; sin ideas delirantes sistematizadas; y una cualidad yoica alienada a cualquiera de las manifestaciones psicóticas, las cuales, además, debían ser de corta duración. Grinker estudió a estos pacientes con una escala de puntuación que incluía 93 medidas conductuales. Fueron identificados 4 grupos de pacientes: un grupo severamente perturbado que estaba al borde de la psicosis; otro que se denominó grupo central límite, con una conducta interpersonal caótica, aloplasia y sentimientos de soledad; un grupo sumiso con un sentido cambiante de identidad personal, similar al que Deutsch describe bajo el nombre de personalidad "como si"; y por último, un grupo menos enfermo que colindaba con la neurosis. Los investigadores percibieron que había algunos rasgos comunes a los cuatro grupos: la ira como afecto primario; una falla en las relaciones afectivas; una ausencia del sentido de identidad propia y un sentimiento depresivo de soledad.

Se pensó que los pacientes cercanos a la frontera psicótica habían abandonado todo intento por establecer relaciones con los demás, actuando en forma negativa para con "el otro". Percibieron al grupo central de pacientes límites como si oscilaran entre establecer relaciones interpersonales o escapar rápidamente ante las amenazas impuestas por la cercanía de los demás. El grupo "como si" había abandonado todo intento por definir la propia identidad y reaccionaba pasivamente a las expectativas de los demás. El grupo límite con la neurosis había abandonado la búsqueda de la "madre buena" y daba la apariencia de una depresión anaclítica tardía.

Se llevó a cabo un seguimiento de los pacientes después de uno a tres años; sólo dos de ellos presentaron episodios psicóticos, habiendo estado catalogados dentro del grupo límite con la psicosis. Muchos de los pacientes permanecieron sin cambio esencial, demostrando así lo apropiado de la "inestabilidad estable".

Durante muchos años Otto Kernberg ha escrito acerca del síndrome límite. Describe a esta enfermedad y a otros trastornos de la personalidad desde el punto de vista ventajoso de la transferencia relacional, enfatizando los mecanismos de defensa, a los que considera como casi patognomónicos de la organización de la personalidad del sujeto límite. Una defensa primitiva primaria es la hendidura o la fragmentación —un mecanismo de defensa introducido en la literatura por el mismo Freud, pero que sólo fue ampliamente discutido por la escuela de Melanie Klein.

La fragmentación es un mecanismo que mantiene separadas a las introyecciones y a las identificaciones de cualidades opuestas, para de esta manera mantener la imagen buena del yo y la imagen buena del objeto totalmente aparte de las internalizaciones de la imagen mala

del yo y de la imagen mala del objeto. Se conservan divididas. Las percepciones ambivalentes del objeto y del yo no pueden ser incorporadas, y para evitar que esto suceda son necesarias un sinnúmero de defensas primitivas, principalmente identificación proyectiva y negación. Esto a su vez impide el desarrollo de buenas relaciones interpersonales, lo que aumenta más y más la dificultad de encontrar imágenes buenas del objeto y de sí mismo. Este es un círculo vicioso de retroalimentación positiva.

Kernberg opina que la organización de la personalidad límite se asemeja a la organización de la personalidad narcisista, pero señala algunas diferencias importantes. La personalidad límite permanece atada a un objeto primario, mientras que la personalidad narcisista es capaz de separarse de este objeto primario, con el fin de llegar a ser una madre mejor para sí misma.

Como muchos de sus colegas, Kernberg no proporciona criterios clínicos que vayan de acuerdo con sus hipótesis etiológicas. La etiología encaja en pacientes con neurosis polisintomática, con desviaciones sexuales polimorfas y perversas, con personalidades esquizoides, con impulsos desordenados, con alcoholismo, abuso de drogas, sadismo, masoquismo, sociopatía y caracteres depresivos.

Esencialmente dinámicos y etiológicos más que descriptivos, son los escritos de James Masterson. Una vez más, desde el punto de vista descriptivo uno puede suponer que la mayoría de los adolescentes sería catalogada dentro de estos criterios del límite; sin embargo, sus afirmaciones son útiles para conceptualizar la posible dinámica que origina estos trastornos, siendo lógicas sus sugerencias para el tratamiento cuando son aplicadas a cualquier persona con trastornos de carácter o neurosis. Masterson se inspira muchísimo en los trabajos de Margaret Mahler. Considera la enfermedad límite como algo que resulta de un fracaso en el proceso de separación-individuación del niño. Normalmente el estado de simbiosis en el que se establece la confianza básica dura aproximadamente de los 3 a los 18 meses.

Durante este tiempo la madre debe servir como un amortiguador en contra de los estímulos internos y externos que bombardean al hijo. Debe organizar gradualmente estas percepciones y ayudar al ego del niño a que pueda manejarlas. Cuando el niño comienza a caminar puede empezar por sí mismo una separación física de la madre; en conexión con esto da comienzo un proceso intrapsíquico de separación. En la fase simbiótica el niño ha empleado la defensa primitiva de fragmentar. Ahora empieza a relacionarse con sus objetos como con un todo y empieza a distinguir y a manejar simultáneamente los sentimientos tanto positivos como agresivos, que se dan para con el mismo objeto. El proceso de separación-individuación establece un puente sobre la brecha entre la simbiosis y la autonomía, pero para pasar esta etapa exitosamente el sujeto necesita de su propia individualidad en desarrollo, así como de la comprensión tolerante y del aliento de la madre —una madre suficientemente bondadosa— y, por último, del control incipiente de las nuevas funciones del ego.

Masterson opina que los niños límites provienen de madres límites que fomentan la simbiosis y reaccionan negativamente a los intentos que el niño hace por separarse.

Al querer el niño alejarse de la relación simbiótica, la madre reacciona con ira y con una honda personificación del niño al proyectar sobre él la imagen de alguien importante en la vida mental de ella: el niño llega a ser entonces el padre, la madre, un pariente o un rival, etc. De esta forma la madre reacciona no a la propia individualidad del

niño (individualidad que está desarrollándose), sino hacia otra individualidad ajena al mismo. Esto es necesariamente frustrante y desconcertante para el niño, quien se encuentra atrapado en el conflicto entre su propio impulso para lograr la individuación y la amenaza, a veces hecha realidad, del retiro del apoyo de su madre. El niño puede reaccionar ante el conflicto y la amenaza permaneciendo atrapado entre los dos. No regresa a la simbiosis ni se mueve hacia la autonomía. Como resultado de todo esto el niño niega su identidad incipiente y adopta aquella que en alguna forma es semejante a la que han dirigido contra él. Para lograrlo exitosamente debe echar mano de muchas defensas, teniendo generalmente que incluir la fragmentación y la negación. En esta forma, el niño rechaza sus tremendos sentimientos de abandono y los reprime en el inconsciente, pero a muy alto precio: mucha de su energía permanece atada a las defensas primitivas puesto que queda atrapado en el límite entre la simbiosis y la autonomía (14).

¡Al concluir esta revisión de parte de la literatura que trata del paciente límite, me siento impresionado por la calidad límite del trabajo! Evidentemente no existe un consenso en relación a lo que el síndrome es, y ni siquiera en cuanto a la existencia del mismo. Irónicamente, existe un mayor consenso con respecto a sus causas, que con respecto a su existencia. Clínicamente no ha sido bien descrito. No hay criterios aceptados para el diagnóstico. Hasta el momento no hay estudios sistemáticos sobre el origen de este síndrome. Sin embargo, el estado límite es popular, tan popular que después de décadas de ser un hijo natural, está a punto de ser incorporado a la nomenclatura psiquiátrica oficial, pero, como el propio paciente límite, para sobrevivir, el diagnóstico debe llegar a ser algo que no es. Con frecuencia este diagnóstico es empleado erróneamente en lugar del diagnóstico de esquizofrenia latente.

A pesar de esta revisión nihilista, creo que la situación límite existe, que existen unos cuantos síndromes discretos y que caen bajo la categoría de límites. Presentaré algunos casos y después discutiré estas entidades nosológicas.

Samantha, una mujer joven, fue hospitalizada en la unidad psiquiátrica abierta de un hospital general. En aquel entonces tenía 26 años, estaba casada, y era madre de una niña de 6 años de edad. Había sufrido problemas físicos incapacitantes por lo menos durante 4 años. Inicialmente presentaba fuertes dolores de cabeza y náuseas y fue hospitalizada en varias ocasiones. Presentó una retención urinaria. Después de un amorío con el urólogo fue transferida a una unidad psiquiátrica. Llegó a estar imposibilitada para caminar. Agotó los recursos del hospital y fue dada de alta, pero se negó a salir; finalmente se le condujo hasta la puerta. Después de esta alta no pudo dormir durante tres días, llorando constantemente. Fue al consultorio de un psiquiatra a quien ella había visto anteriormente, negándose a retirarse del consultorio. El psiquiatra la mandó con un colega, quien le insistió en que diera unos paseos acompañada de su esposo. Después arregló que la paciente fuera transferida a otro hospital que quedaba a 1 000 millas de distancia. Allí se le diagnosticó inicialmente una depresión; el diagnóstico se cambió después al de esquizofrenia. Se le administró clorpromazina y se le dio psicoterapia. El problema urológico de la paciente empeoró y fue trasladada al servicio de urología de un hospital general. Mejoró rápidamente gracias a los cuidados de un residente en urología. La paciente se instaló durante un mes en el departamento de soltero del urólogo. Después regresó a su casa con su marido y su hija y fue a

ver a otro psiquiatra. Poco después se volvió ciega. Fue hospitalizada de nuevo. A causa de cambios oscilantes de humor se le dio litio. La ceguera persistió durante más de un año y entonces fue transferida a nuestro hospital.

Además de estos síntomas la paciente presentó episodios severos de alucinaciones auditivas durante las cuales ella oía una voz masculina que decía: "esto es el fin". Nunca tuvo duda de que los fenómenos auditivos fueran alucinatorios; la voz la asustaba porque creía que esto podía indicar que ella era una psicótica. También presentó frecuentemente ilusiones hipnagógicas.

Samantha era la menor de los tres hijos de un matrimonio rico y lleno de éxito. Veía a sus padres como sujetos tremendamente indulgentes, siempre y cuando se plegara a sus estándares de vida: si ella era capaz de vivir a la altura de sus expectativas, entonces era amada y mimada. Cuando Samantha entró al colegio la madre presentó una severa ansiedad de separación. Samantha comentó en forma bastante presumida: "soy lo máximo". Desde la edad de 3 años Samantha compitió en varios concursos de belleza, y a la edad de 18 años ganó un importante premio nacional. Era justamente "lo máximo" otra vez. Antes de este tipo de concursos el padre solía recordar a Samantha que él moriría si ella fracasaba. Estando en la Universidad, Samantha se embarazó y se casó; percibía a su esposo como un hombre pasivo que ocasionalmente salía de su apatía para violarla, generalmente por provocación de ella. Excepto en una ocasión, durante la cual Samantha observaba el pleito y los golpes que el esposo de una amiga le daba a su mujer, presentaba anorgasmia. La mamá de Samantha le organizaba su vida y se ocupaba también de la niña. Para la paciente, su hija era "lo máximo".

La estancia de la paciente en el hospital fue caótica. En más de una ocasión obtuvo e ingirió barbitúricos. Llevaba a cabo largos rituales obsesivo-compulsivos que le ayudaban a disminuir su angustia. La paciente mencionó que de hecho podía ver durante una semana o dos antes de la hospitalización, pero que no había querido confesarlo por temor a que la consideraran impostora. Casi desde el inicio de su hospitalización expresó su temor a abandonar el hospital. El patrón de negativa a la partida se volvió a repetir al rehusarse a abandonar el hospital. Ella y su esposo se quedaron durante dos días en un motel y de allí ella telefonó a varios médicos para tratar de obtener su readmisión al hospital.

Samantha dio muestras de una inteligencia y una creatividad considerables. Era un excelente miembro del grupo, entendiendo e interpretando con simpatía los conflictos inconscientes y preconcientes de otros pacientes.

Tres años de seguimiento en forma epistolar sugieren que el patrón de vida de Samantha no ha cambiado.

El siguiente caso es el de Joanne, la cual fue enviada por su esposo, psiquiatra, a un servicio externo de psicoterapia de grupo para que recibiera consejo marital. Dicho servicio estaba 800 millas* de la casa. Joanne se presentó con los ojos morados e hinchados y la queja fue que "era un enojo de los que duran toda la vida". Ella tenía entonces 32 años. Durante su adolescencia había sido más bien anhedónica y había llegado a estar francamente deprimida después de su casamiento, efectuado a los 20 años. A la edad de 23 años Joanne fue hospitalizada con un diagnóstico de depresión neurótica, siendo sometida a un tratamiento que consistió en psicoterapia seguida de antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa y finalmente terapia electroconvulsiva.

*1 282.4 Kms.

Fue dada de alta sin mejoría y mantuvo una ira muy intensa con respecto a su hospitalización. Durante los dos años siguientes llevó a cabo 20 intentos de suicidio y tuvo otros tantos amoríos breves que ella veía como intentos por degradarse y castigarse a sí misma. “No le podía echar la culpa a nadie sino a mí misma”. Abandonó a su esposo y a sus dos niños. Se volvió más promiscua y obsesionada por conseguir a un hombre que cuidara de ella. Tuvo casi 50 relaciones con 50 hombres diferentes, y tres relaciones que duraron más.

La primera de éstas fue con un compañero 10 años menor que ella, a quien recordaba con cariño como un “alcohólico enclenque”. La relación fue sadomasoquista y se turnaban para pegarse y abusar uno de otro. Ella recordaba estas escenas con alegría, no precisamente por el hecho de ser golpeada, sino por su habilidad para luchar durante la pelea —se refería a dicha habilidad como su indomabilidad. Consiguió su primer orgasmo con este hombre, el cual era bisexual y afeminado. Durante un periodo de más de nueve meses tuvieron muchas separaciones y reconciliaciones, después de lo cual la paciente tomó una sobredosis y fue hospitalizada. El amante iba a visitarla y murió en un accidente de motocicleta camino al hospital. La paciente recibió la noticia de la muerte de labios de su padre, quien agregó en un tono perentorio: “No podrás lograr que te deje de amar, aunque seas una vergüenza para mí”. Se sintió culpable y sin valor ninguno, siendo hospitalizada durante tres meses. Entonces terminó sus estudios académicos y siguió estudiando para obtener un título. Obtuvo brillantes notas, y se comprometió con un profesor a quien ella llamaba un “atrevido sinvergüenza”. Este también era un sádico y estando en lugares públicos obligaba a Joanne a que le suplicara que tuviera relaciones sexuales con ella, y que no la abandonara. Después de unos cuantos meses él la abandonó y ella se fue a vivir con un hombre parapléjico. Luego lo abandonó. Entró a una psicoterapia dinámicamente orientada y a las pocas semanas la calidad de las sesiones terapéuticas cambió: el psiquiatra abandonó a la mujer con quien había estado casado durante 30 años y se casó con Joanne. Durante los 3 meses que duró el matrimonio, Joanne y el psiquiatra habían sido infieles el uno al otro. Entre ellos existía una considerable violencia. Un colega del marido admitió a Joanne en un servicio psiquiátrico en donde estuvo durante un mes. Regresó a su casa, tuvo una difícil pelea con su marido y fue reportada a nuestro servicio. Mientras estaba allí, decidió divorciarse.

La paciente estaba totalmente consciente de que se relacionaba con la gente no de persona a persona y por sus propios derechos, sino a través de la proyección de unos cuantos personajes centrales de su propia vida. Por ejemplo, consideraba a su hijo mayor exactamente igual a ella y vela a su hijo menor, a quien no había visto desde que éste tenía 2 años, como frío y suspicaz. Presentó varios episodios de angustia flotante y extrema. También tuvo varias experiencias de egofusión y algunos episodios de disociación ligera. Le habían hecho toda una batería de diagnósticos psiquiátricos y había sido tratada con los grupos más importantes de medicamentos neurolépticos. En la terapia de grupo oscilaba mostrándose entre un total desamparo con un *Id* masivo y un *ego* y *super ego* evanescentes, o bien como una mujer capaz y cálida con un excelente contacto con los procesos inconscientes de los otros miembros del grupo.

El seguimiento de Joanne, que se extiende a tres años, indica que ella ha llegado a ser una autora de éxito. El patrón de su vida interpersonal permanece increíblemente

caótico. Ha tenido otras dos hospitalizaciones psiquiátricas y ha cometido tres intentos de suicidio. Se divorció de su esposo psiquiatra, y se casó con un clérigo.

La tercera paciente es Lisa, madre, de 28 años de edad, y divorciada de un sujeto que es trabajador social y que vive con la hija de ambos.

La queja principal al presentarse a psicoterapia fue: “mis pensamientos están embrollados; siento como si algo dentro de mí hubiera muerto”. Lisa tuvo una infancia en la que se sintió abandonada y despersonalizada: “sentía envidia de los niños a quienes se les reprendía; cuando menos sus papás se preocupaban por ellos”. Durante la infancia Lisa fue anhedónica (incapaz de gozar) y había reprimido la mayor parte de las memorias infantiles. En el último año de Preparatoria se comprometió con un muchacho, quien era la primera persona que significaba algo en su vida.

En varias ocasiones tuvo relaciones sexuales con él; era anorgásmica, pero pensaba que las relaciones sexuales eran agradables.

Después de 6 meses el muchacho se fue a vivir a 1 500 millas de distancia. Se tornó extremadamente ansiosa y durante un periodo de 3 meses llevó a cabo varios intentos de suicidio. Como consecuencia, Lisa tiene en ambos brazos y piernas varias cicatrices hechas con navaja de rasurar. Fue hospitalizada en ese entonces, habiéndosele diagnosticado inicialmente una reacción de desajuste emocional. Se le dio de alta después de varias semanas de psicoterapia de apoyo. Su comportamiento patológico se intensificó y 2 meses después fue admitida a un hospital civil donde se le diagnosticó depresión y se le aplicó un tratamiento extenso de terapia electroconvulsiva. Después de ser dada de alta se dedicó al alcohol y a las drogas. Dos años más tarde se enredó con otro hombre a quien ella describía como un alcohólico, más bien tonto, como un carnicero heroinómano, quien sexual y físicamente abusaba de ella.

Después de vivir juntos durante dos años se casaron. Cuando la paciente se embarazó, el marido decidió traer a otra mujer a vivir a la casa. Presionó a la paciente para que emocional y sexualmente diera la bienvenida a la mujer. Quería un verdadero *ménage-à-trois*. Unos cuantos días antes del nacimiento de la hija de Lisa, la mujer se instaló en la casa. Cuando el marido le aseguró que este arreglo era definitivo, presentó varias fantasías homicidas y un episodio disociativo en el cual tomó una pistola y salió a buscar a su marido. Cuando él la vio, se alarmó, pensando que lo que pasaba era que ella quería suicidarse. Cuando ella se dio cuenta del malentendido se echó a reír y arrojó la pistola al suelo. Dio a luz al bebé, se fue lejos y se divorció del marido. Poco tiempo después ella regresó a casa de su marido e insistía en entrar a ver a su novia, amenazando con chocar el coche de él si no se le permitía hacerlo. Poco más o menos después de un año del divorcio empezó a vivir con otro hombre, el cual quería que se casaran y que era en general bondadoso y bueno con ella. Para la paciente resultaba “poco excitante”. Era un hombre de negocios agradable e inteligente que se ocupaba mucho de ella. Fácilmente sacó la conclusión de que se relacionaba bien únicamente con hombres que hacían mal uso de ella. Llega a sentirse desdichada y sin valor y medita mucho sobre el resultar inadecuada como ser humano. Tiene frecuentes accesos de ansiedad y ha desarrollado una fobia hacia el fuego; presenta insomnio terminal con frecuentes pesadillas. Las pesadillas consisten en que ella posee algo que los demás quieren y por lo que la persiguen. Ella ignora de qué cosa se trata. Para ella, contemplar el futuro es “estresante”. No ha tenido ni

pensamientos delirantes ni alucinaciones. Ocasionalmente presenta sentimientos de referencia y es extremadamente autista.

La segunda vez que vi a Lisa me dijo que ella no podía ser franca conmigo porque inconscientemente e involuntariamente trataba de conformarse a las expectativas que suponía que yo tenía sobre ella. Esto era para ella como un patrón de conducta. De hecho, su sentido de identidad se ha derivado siempre de la figura más dominante a su alrededor en un momento dado. Siente que el arreglo de su pelo y el color de sus vestidos pueden añadir o restar algo a su identidad como ser humano. En la siguiente sesión presentó asociaciones durante largo rato acerca de su miedo primitivo a ser abandonada y acerca también de los deseos destructivos que esto le causó. Sus asociaciones libres frecuentemente contienen errores cognoscitivos y evidencias de un sutil trastorno del pensamiento. Por ejemplo, tuvo la fantasía en la que su primer marido le firmaba documentos con el fin de que su novio pudiera adoptar a su hija. Esta idea no había sido comentada con ninguno de los dos sujetos y Lisa concluyó diciendo: "me provocaba ira el verlo firmar los documentos". Por un momento su fantasía se hizo real. Voy a citar un fragmento de su asociación libre porque el *insight* revela mucho acerca de los síndromes limítrofes: "creo que tal vez mi mamá tenga cáncer. Ha perdido mucho peso y no parece ella. Quizás sí. Esto me preocupa mucho. Tengo miedo de perderla aunque nunca tuve a ninguno de los dos. Mi mamá se lleva a mi hija y la deja hacer muchas cosas malas. Mi madre piensa que mi hija es más bien suya que mía. Me enoja tanto. Ella dice que yo no la trato como debería. Por Dios que me gustaría que mi madre se hubiera ocupado de mí, como yo de mi hija. Cómo quisiera que mi madre me hubiera castigado. Dentro de mí me muero por atención y disciplina. Entonces ellos me respetarían y no me pisotearían por el resto de mi vida. Siempre quise medir lo que valgo en comparación con mi hermana (quien tiene un doctorado en servicio social). Siempre me sentí inferior ya que ella es tan inteligente. Me miro en ella. Boba, boba. Veo esa palabra en mi mente en un gran rótulo. Mi vida son los viajes de Gulliver. Me convenzo a mí misma de que quiero lo que todos quieren, tratando de llevarme bien, es decir, con todos pero no lo logro. Si alguien quiere ver una película tonta que yo ya he visto acabo por creer que la quiero volver a ver aunque sería capaz de decir que no la quiero ver. Puede ser que sienta que nadie me ve porque soy nadie, al borde de la nada. Quisiera tanto que alguien me invitara a jugar. En la noche, en la oscuridad quiero que venga mi mamá. Es como de pánico. La necesito. Tengo tanto miedo de llamarlos a ellos. Cuando por fin me decidí mi voz era tan tenue que no me podrían oír. Me siento como si fuera Edith Ann, y tengo 5 años y soy una niña precoz y menudita, con una sonrisa, sentada en una gran mecedora".

Las poéticas asociaciones libres de Lisa refuerzan el hecho de que las mejores descripciones de las situaciones limítrofes pertenecen a la literatura, más que a los trabajos psiquiátricos.

¿Cuáles serían algunos de los criterios clínicos que podrían sustentar la posibilidad del diagnóstico limítrofe? Gran parte de la confusión sobre lo que los limítrofes son y no son debe atribuirse al hecho de que hay varios estados limítrofes diferentes. Son posibles muchas combinaciones. En la figura número 1, se muestra una situación limítrofe que comprende 3 entidades distintas: el limítrofe cercano a la normalidad, el limítrofe cercano a la esquizofrenia, y el verdadero trastorno limítrofe de la personalidad.

Hay claramente una zona fronteriza cerca de la normalidad dentro de la cual las personas llevan una vida excéntrica, con frecuencia creativa y razonablemente satisfactoria. No hay necesidad de etiquetar a dichas personas.

Hay una zona fronteriza cerca del grupo de la esquizofrenia. Esta zona fronteriza puede llamarse "esquizofrenia ambulatoria" o "esquizofrenia latente". Quizá el término diagnóstico más preciso sea el de "esquizofrenia con psicosis latente". Otros dos tipos de esquizofrenia que ya no existen en la nomenclatura oficial, parecen representar entidades clínicas reales: "esquizofrenia pseudoneurótica" o "esquizofrenia pseudopsicopática". En la primera existe generalmente una triada de ansiedad incontrolable y libremente flotante, panneurosis y pansexualidad. Aunque la riqueza de las defensas neuróticas puede proteger al individuo de la psicosis abierta, existen a menudo evidentes brotes psicóticos. Sólo se necesita buscar esta entidad para encontrarla. Estos pacientes parecen responder bastante bien a pequeñas dosis de fenotiazinas acompañadas en algunas ocasiones de una pequeña dosis de antidepresivos. Asimismo, no se benefician de una psicoterapia orientada hacia la búsqueda de *insight*, ya que esto puede en realidad precipitar una psicosis. La "esquizofrenia pseudopsicopática" es una enfermedad menos frecuente pero algunos pacientes parecen ser capaces de defenderse contra la psicosis por el uso de defensas que incluyen la despersonalización de los demás y una violenta aloplastia antisocial. Así como el psicópata suele deprimirse cuando se le confina, el esquizofrénico pseudopsicopático más bien desarrollará una psicosis.

Ahora ya podemos contemplar el grupo de trastornos que pueden ser considerados como verdaderas situaciones limítrofes. Aunque no todos se basen en datos analizados, los siguientes criterios proporcionan un grupo de pacientes razonablemente homogéneo; del mismo modo, es muy difícil diagnosticar con otro término a los pacientes que llenan estos criterios. Primero haré una lista de los fenómenos comunes a las entidades limítrofes.

La conducta es aloplástica. La frase "inestabilidad estable" conviene a estas personas. Sus actos son repetitivos, poco comunes y a menudo extravagantes. Puede existir algún comportamiento criminal. Son extremadamente impulsivos. También existen rasgos neuróticos típicos que generalmente convienen a más de un grupo.

Las relaciones interpersonales son, en el mejor de los casos, tormentosas. Existe una necesidad apasionadamente sentida de un amor simbiótico y absorbente, y simultáneamente existe también el miedo a obtener este amor y perderlo. La biografía de estos pacientes incluye frecuentemente el patrón de conducta de aproximación a alguna persona para después darle la espalda. Las relaciones son infantiles y con frecuencia sexuales. Cuando hay un componente sexual las relaciones son a menudo sadomasoquistas. Las relaciones tienen un carácter proteiforme y las personas significativas son con frecuencia percibidas como muñecos de paja, lo cual se debe principalmente al empleo de mecanismos de defensa de la identificación proyectiva. En relación con el terapeuta, estos pacientes desarrollan rápidamente una intensa transferencia que puede llegar a ser una psicosis transferencial. Aun un terapeuta muy activo puede ser visto por el paciente como una pantalla en blanco. Un subgrupo determinado de pacientes limítrofes ha desistido de las relaciones interpersonales, por lo que éstas no son tanto tempestuosas como inexistentes. Han suspendido toda lucha y todo intento.

Los sentimientos experimentados por los pacientes limitrofes son importantes para el diagnóstico. Virtualmente, cada uno de los pacientes limitrofes menciona una intensa sensación de vacío interior. En el caso de Lisa, la paciente gráficamente habló de que algo se había roto dentro de ella. Esta sensación de vacío interior se extiende a todo. Estos pacientes reportan una continua soledad, sin importar toda la actividad que ellos desarrollen o la cantidad de personas con quienes frenéticamente se encuentren involucrados. Con frecuencia se encuentran deprimidos y pueden tener síntomas vegetativos. Muchos de ellos presentan una anhedonia que dura toda la vida. Finalmente, el principal afecto es la ira, aunque no se muestre abiertamente como tal. Con la ira se encuentra encadenado un temor infantil y terrífico de la misma ira y de sus consecuencias. Una paciente platicó que el revelar su ira sería como una venganza atómica que llevaría a la destrucción del objeto de la ira, pero también de la paciente misma.

Creo que en trastornos limitrofes de personalidad existe, aunque a menudo sin que sea reconocido, un componente muy intenso de depresión y/o hipomanía. A menudo los pacientes se presentan como deprimidos con síntomas vegetativos. Muy a menudo existe una larga historia de cambios súbitos de humor. Frecuentemente existe una anhedonia o al menos una disforia que dura toda la vida, con episodios recurrentes de depresión y síntomas vegetativos. A menudo estas depresiones no son tomadas en consideración a causa de una pléyade de psicopatología más dramática. Sin tratamiento los episodios de depresión pueden durar varios meses. Los episodios aparentes de hipomanía tienen tendencia a durar poco: generalmente algunos días. La "zona fronteriza", desde mi punto de vista, involucra a menudo trastornos afectivos más que esquizofrénicos.

Los pacientes limitrofes emplean muchas defensas. La primera y la más importante es la fragmentación. Después existe una forma modificada de fragmentación a la que le doy el nombre de fragmentación diádica; esto suele ocurrir con figuras de autoridad de las cuales a una se le ve con una luz totalmente positiva y a la otra con una luz totalmente negativa. La identificación proyectiva es también la marca distintiva de la enfermedad. La verdadera proyección, la negación y la represión son frecuentes y fluctúan casi de momento a momento en grados variables de intensidad. A pesar de todas estas defensas, la ansiedad es casi siempre severa. Sin embargo, estos pacientes suelen impresionar a los demás como inteligentes, creativos, y a menudo como psicológicamente adaptados. La explicación de esto puede ser que en todo momento exista en el consciente y en el preconscious bastante material de los procesos primarios a disposición del sujeto; esto también se explicaría porque los sujetos son de algún modo capaces de establecer un contacto empático con los procesos conscientes o preconscious de los demás. A la vez, esta característica de la enfermedad a menudo atemoriza al paciente y puede también resultar adaptativa. Tal vez los visionarios y los místicos no fueron psicóticos sino limitrofes. Esta habilidad está en el límite tanto de la salud y la creatividad como de la fusión del ego y la descompensación psicótica. Puede ser que esto explique la gran preponderancia de limitrofes que han logrado un lugar eminente en los terrenos del arte. Además de los elementos destructivos comunes a estos pacientes, existe en ellos un gran potencial para la realización creativa.

Comúnmente se afirma que en el límite los impulsos del ego son masivos, que el ego es débil y que el super ego no existe o está lleno de lagunas. De hecho, el ego es

abrumadoramente fuerte. El ego no es débil, sólo que, en un intento de controlar al impetuoso ello, se encuentra atado por un sinnúmero de defensas primitivas. Puede ser que a veces el super ego no exista, pero otras veces este super ego es increíble y dañinamente inflexible. En el límite estas estructuras existen en forma proteica y no están empobrecidas por la inmovilidad.

Un criterio negativo para el diagnóstico es la ausencia de un sentimiento precoz. Establecer un contacto empático con estos pacientes es relativamente fácil, aunque este contacto esté sujeto a fluctuaciones considerables. Los rápidos cambios afectivos del psiquiatra al tratar con estos pacientes pueden indicar en sí mismos un cierto "sentimiento límite".

En mi propia opinión, considero que los elementos que he mencionado son los criterios básicos para llevar a cabo el diagnóstico de los síndromes limitrofes. Por lo tanto creo que se puede subdividir a los pacientes en cuatro grupos principales:

1. El grupo límite central.
2. Los pseudo-esquizofrénicos.
3. El carácter neurótico.
4. El carácter psicótico.

Todos comparten la sintomatología, pero existen diferencias básicas.

El paciente límite central se presenta ya sea en una modalidad depresiva o agresiva. En la modalidad depresiva el paciente puede ser activamente depresivo o haber desistido de lograr un sentido de autonomía significativo. Este estado se asemejará a la descripción del carácter "como si".

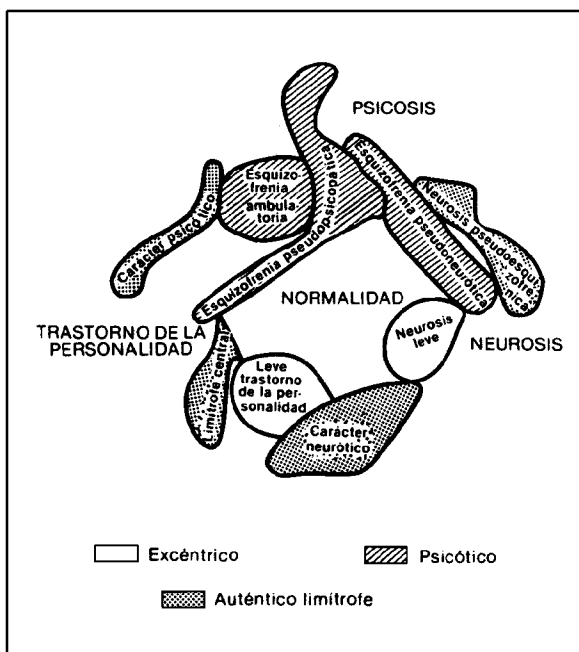
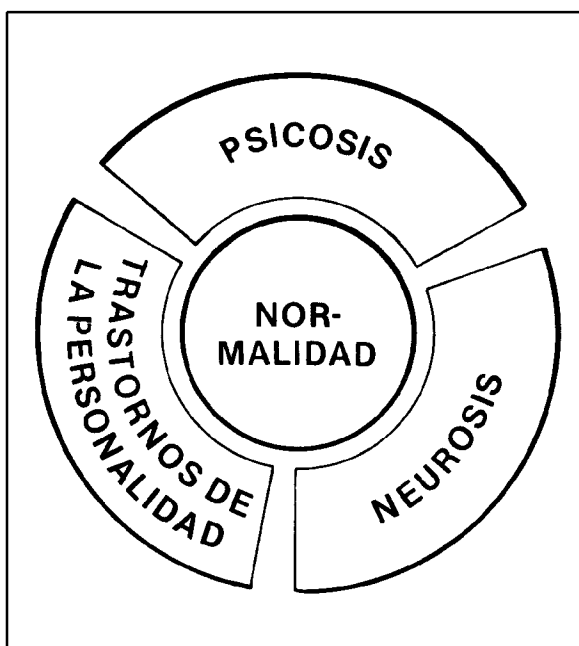
Algunos pacientes se presentan con una sintomatología increíblemente florida, pero después de un examen cuidadoso se puede apreciar que no son así. Estos pacientes, o bien fingen locura o se convencen a sí mismos de que están locos. Tal vez algunos de los síndromes de Ganser y de los automutiladores cabrían en este grupo de pseudo-esquizofrénicos.

El carácter neurótico puede ser adaptado de la descripción original de Alexander. Estos pacientes son extremadamente impulsivos con características panneuróticas. Su ansiedad tiende a estar más enfocada que en el grupo límite central. Más que una psicosis, este grupo conforma una neurosis de transferencia. El uso de la represión y de la negación es menos fluctuante que en el grupo central. Usan mucho la identificación proyectiva y parece que emplean en un grado mucho menor la proyección global. Hay fluctuación en cuanto al *insight*.

El carácter psicótico, inicialmente descrito por Frosch y adaptado de sus trabajos, también difiere en parte del grupo límite central. Estos pacientes son extremadamente impulsivos. Su ansiedad flota libremente la mayor parte del tiempo. Presentan una tendencia a desarrollar psicosis de transferencia. Pueden llegar a psicotizarse con alucinaciones y delirios, pero estos episodios psicóticos son marcadamente ego-aliados. Tienen tendencia a desarrollar muchas reacciones disociativas. Su vida de fantasías es extrema. A la vez que son capaces de percibir adecuadamente la realidad, parece que tienen una relación alterada con la misma —no se sienten parte de ella; además, se quejan a menudo de que se sienten irreales y vacíos.

La figura número 2 trata de mostrar los diferentes síndromes limitrofes a través del esquema trazado en la figura 1.

No existe un consenso en cuanto a la etiología de esta enfermedad, habiéndose realizado pocos estudios rigurosos sobre este particular. Hay razón para creer que el



dres. El padre (o la madre) ha usado al niño para satisfacer sus propias necesidades narcisistas. Es más, el niño puede ser visto como un "super ego" o como un "ello" actuando vicariamente las fantasías de los padres. El niño puede ser visto como el cónyuge, un pariente o un niño perpetuo (15, 16).

No se ha logrado llegar a un acuerdo en cuanto al tratamiento de esta serie fascinante de síndromes. El síndrome esquizofrénico límite debe ser tratado como la esquizofrenia, empleando neurolépticos, ocasionalmente combinados con pequeñas dosis de antidepresivos —existe un fuerte componente afectivo del síndrome esquizofrénico en estos pacientes. Es difícil tratar a los sujetos que están al final caracteriológico del espectro. Para estos pacientes la gran ventaja del tratamiento en internamiento es que allí se puede evitar la conducta aloplástica y se puede movilizar todo un medio ambiente en un intento de esfuerzo para ayudar al paciente para que pueda llevar a cabo cambios significativos. La gran desventaja estriba en que se puede tratar de una persona "establemente inestable" quien sin embargo está funcionando marginalmente, tornándola en "inestablemente inestable". Además, si se desean cambios definitivos, el internamiento debe ser bastante duradero.

Definitivamente hay momentos en los que los límites deben ser hospitalizados. Creo que éstos incluyen: amenazas o acciones suicidas, crisis severas, psicosis, desesperación sumamente intensa, y amenazas suicidas o fuerte ideación homicida.

Wishnie ha escrito extensamente sobre el tratamiento de sus pacientes en internamiento, y opina que para que la hospitalización sea fructuosa son necesarios los tres factores siguientes: 1) diagnóstico rápido; 2) definición clara de las metas, límites y expectativas de la hospitalización, a lo que él llama la "estabilización del paciente"; 3) la "estabilización del personal" (17), que consiste en la educación de este grupo en términos de respuestas e interacciones adecuadas con los pacientes.

Los numerosos tipos de identificación proyectiva en el seno de la familia del paciente, y la fragmentación diádica aún más complicada dentro de estas familias, llegan a constituir un aspecto capital en la hospitalización de estos pacientes. Una y otra vez el enfermo lleva a cabo una fragmentación del cuerpo médico, a quien ve o bien como cariñoso y cuidadoso o bien como totalmente destructivo. No es de sorprender que a su vez el cuerpo médico vea al paciente como un disidente desafortunado o bien como una persona manipuladora y despreciable. El personal, a su vez, llega a ser incapaz de integrar el "yo" bueno y el "yo" malo del paciente. Es pues necesario que dicho personal tenga expectativas y que pueda discutir sus sentimientos para con el paciente. Cierta grado de coherencia es necesario, sin el cual la experiencia del hospital será inútil. Es importante que los miembros del grupo tratante no se sientan ni enojados ni decepcionados, ni se muestren punitivos. Además, tampoco debe existir una antiterapéutica fantasía de controlar al paciente. Cuando no se respeta la dignidad del paciente límite, éste puede mostrarse sumiso e inclusive sentirse gratificado, pero no hará ningún progreso.

Una advertencia bastante obvia es que resulta importante que el paciente tenga un terapeuta principal tanto por su tendencia a la fragmentación como por la facilidad con la que las fantasías de rescate pueden aparecer en la mente de los miembros del personal. Es importante no tener demasiados salvadores. Es difícil valorar cuándo dictaminar el término de la hospitalización. En el mejor de los casos es la remisión de los síntomas —meta casi

patrón temprano de las relaciones objetales ha sido distorsionado en forma extrema, y con frecuencia existe una patología familiar evidente y abundante.

No se ha dilucidado la posible influencia de los factores genético-biológicos. A partir de los criterios establecidos para el diagnóstico de los síndromes límites, debería ser posible emprender estos estudios. En general, al tratar estos pacientes se hace evidente una gran cantidad de fijación pre-edípica y de patología. Estos pacientes con frecuencia creen que la propia familia los despersonalizó. Al crecer, el niño ha sido percibido y tratado por la familia como algo que él (o ella) no es: a menudo es uno de los pa-

imposible de lograr en hospitalizaciones a corto plazo. Por otra parte, es muy importante proponerse una meta tangible, a menudo será el retorno del paciente a una depresión estable, y con frecuencia éste se muestra muy agradecido por este resultado terapéutico aparentemente tan superficial.

Es más común que los pacientes limítrofes sean tratados fuera del hospital. Con frecuencia no se sospecha el diagnóstico y comienzan la terapia como neuróticos o como sujetos con trastornos de personalidad. A menudo son tratados con una estricta terapia de orientación psicoanalítica, y aun con psicoanálisis. De hecho, algunos de los grandes analistas como Winnicott, obtuvieron un éxito considerable con estos pacientes. Sin embargo, los pacientes limítrofes, en general, no son buenos candidatos para psicoanálisis o para una estricta terapia psicoanalíticamente orientada. Tienen tendencia al *acting-out* destructivo para sí mismos y aun para el analista. Otro problema es la frustración del terapeuta que trata de analizar a pacientes que cuentan con tan proteicos mecanismos de defensa. Otros terapeutas ven a los pacientes limítrofes como esquizofrénicos latentes y los tratan solamente con psicoterapia de apoyo, o con apoyo y fármacos. La terapia de apoyo proporciona al limítrofe una ayuda reconocida; pero estos pacientes no tienen dificultad para encontrar quien los ayude.

La vida de estos pacientes está llena de posibles salvadores, quienes de hecho proporcionan una pobre ayuda definitiva. Uno más o uno menos de estos terapeutas es de poca importancia para el paciente.

Como en cualquier otra entidad clínica, también aquí el diagnóstico debe preceder al tratamiento. Unas cuantas técnicas específicas pueden ser de valor en el tratamiento de estos pacientes. Sin embargo, mucho más importante que el empleo de cualquier técnica es que el terapeuta comprenda que está tratando a un paciente limítrofe y de allí que deba prever la posibilidad de que surjan dificultades cuyo origen sea: el paciente, el terapeuta mismo o el mundo en el que los dos están inmersos. Kernberg ha escrito ampliamente sobre el tratamiento analítico modificado que él emplea con este tipo de pacientes. La transferencia tiende a ser interpretada de inmediato como una transferencia negativa. Este muy conocido enfoque ha tenido mucho éxito.

Mi enfoque particular en cuanto a estos pacientes es distinto. Hace algunos años Winnicott escribió: "Por mucho que ame a sus pacientes, el terapeuta no puede evitar el odiarlos y temerlos. Mientras más comprenda esta verdad, menos serán el odio y el miedo los que determinen la forma de tratar a estos pacientes" (18). Creo que el paciente limítrofe es esencialmente afecto (inconsciente y a veces conscientemente) a provocar en su terapeuta importantes sentimientos de contrasferencia. Pienso que es importante ser directo y honrado en el trato con estos pacientes. Muchos terapeutas intentan manipular la transferencia de estos limítrofes. Yo me siento molesto al tratar así a estos pacientes, tan sensibilizados a que se les trate en forma falsa: la distorsión paratáctica no es ya una distorsión si de hecho el propósito del terapeuta es el provocar en el paciente determinadas respuestas. Creo que el criterio fundamental para tratar al paciente limítrofe es la voluntad y tal vez la habilidad para ponerse enfática y honradamente en contacto con el paciente.

Adler ha escrito acerca de la oportunidad que la terapia proporciona al paciente de volver a experimentar los cuidados maternos. También proporciona la posibilidad de experimentar mejores cuidados que los que inicialmente recibió (19). Pero la madre salvadora es tan "límitrofeno-

génica" como la madre rechazante. El concepto de una "madre suficientemente maternal" se aplica bien a esta situación terapéutica.

El terapeuta que trabaja con pacientes limítrofes no debe ser un héroe, sino sólo un buen terapeuta. Repetidas veces se encontrará con el miedo y la creencia del paciente de ser rechazado, y se encontrará también con una demanda de amor que puede adquirir las proporciones de una fusión con el terapeuta. Esto debe indicársele una y otra vez en forma que acentúe la alianza terapéutica por ejemplo: "ya nos está sucediendo de nuevo". En vez de tratar de manipular artificialmente una transferencia positiva, es importante en mi opinión que el terapeuta pueda compartir con el paciente algunas de sus propias reacciones.

El terapeuta debe abrirse al paciente hasta el punto en el que él mismo se sienta a gusto. Esto no quiere decir que el terapeuta deba malgastar el dinero del paciente contándole, por ejemplo, lo que desea para la cena, pero sí que debe responder lealmente a todas las preguntas del paciente. Es verdaderamente razonable interpretar las preguntas como una resistencia o como otra cosa, pero hay que contestarlas. Los pacientes limítrofes son tan inseguros de sí mismos que el silencio del terapeuta puede resultarles devastador. El grado de apertura no es lo importante; lo importante es que el paciente se dé cuenta de que el terapeuta está a gusto en la relación establecida con él, que esta relación le demuestre que el terapeuta se interesa por él y le es sensible y leal. Estos pacientes necesitan además apoyo, como lo mencioné hace un momento, pero el apoyo sólo perpetuaría la inestabilidad estable. Es malo terminar la sesión hablando sobre la resistencia o la compulsión de repetición. Hay que navegar en el estrecho de Caribides y Scilla, y evitar tanto el aparente abandono del paciente, como el brindarle demasiado apoyo. Otro deber terapéutico importante es demostrar en forma no verbal, y en ocasiones verbal, que ni el amor ni la ira del paciente serán capaces de destruir al terapeuta.

Dependiendo de la severidad del trastorno, será tal vez útil el reforzar relativamente las defensas más importantes del sujeto, y no tratar de interpretarlas, y sobre todo, el terapeuta tiene que estar constantemente alerta de los cambios del paciente; el paciente puede, en forma metafórica, referirse en una sesión dada a su propio vacío interior; en la siguiente sesión el vacío será experimentado en forma concreta y el terapeuta debe caer en la cuenta de la diferencia. El sello distintivo de una terapia llena de sentido deberá ser la flexibilidad, la empatía y la capacidad para permanecer alerta.

Muchos de los problemas que ocurren dentro de la terapia con pacientes limítrofes pueden ser atribuidos al terapeuta y a la interacción terapeuta-paciente, mucho más que a la psicopatología peculiar del paciente. Los pacientes limítrofes tienen una capacidad notable para provocar en el terapeuta reacciones muy intensas de contrasferencia. Estas pueden ser reacciones extremadamente positivas o extremadamente negativas, y además son sumamente cambiantes. Muchas veces no se analiza la contrasferencia y ésta puede irrumpir en la relación con el paciente. El trato con los pacientes limítrofes es sumamente estresante y es fácil llegar a un callejón sin salida, tanto terapéutico como empático. Es difícil lograr ser empático cuando los propios instintos presionan a pelear o a huir. Resulta útil tener una relación de supervisión o de consulta, ya sea formal o informal para poder revisar los mecanismos de defensa usados por el terapeuta. Reacciones tales como el aburrimiento del terapeuta

peuta, los sentimientos positivos o negativos hacia el paciente, el miedo al paciente o por el paciente, el desaliento terapéutico, los sentimientos de inadecuación y una reacción imperturbable del paciente, nos hablan de que el terapeuta está usando mecanismos de contratrasferencia y de la necesidad de examinar dichos mecanismos. Un medio que me ha parecido extraordinariamente valioso para controlar la contratrasferencia, es el que describen Kapp y Ross, quienes estudian el manejo de la contratrasferencia examinando la imaginaria visual que se evoca en el terapeuta al escuchar los sueños del paciente (20).

En cualquier caso es esencial que el terapeuta caiga en la cuenta de su propia capacidad destructora en la relación terapéutica con estos pacientes que tienen una gran habilidad para descubrir y percibir los mensajes emitidos por el inconsciente; las percepciones son generalmente atinadas, hay que escucharlas atentamente.

El tratamiento farmacológico de las entidades límite no ha sido examinado rigurosamente. Es difícil mencionar detalladamente tratamientos farmacológicos en pacientes para cuyo trastorno no hay criterios conocidos. La mayor parte de los que usan agentes psicotrópicos en el trato con los pacientes límite usan primordialmente fenotiazinas.

Considero que con las fenotiazinas la enfermedad empeora. A menudo se aprecia una depresión importante que sigue a la aplicación de la terapia por fenotiazinas. En mi experiencia, puedo afirmar que pequeñas dosis de antidepresivos tricíclicos ingeridas diariamente son útiles para disminuir algo de la ansiedad y del aislamiento afectivo de estos pacientes. Una pequeñísima dosis de tio-

xanteno puede ser útil para unos cuantos días de pánico o ansiedad. Hay también razones para suponer que los inhibidores de la monoaminooxidasa puedan ser de ayuda. El uso prolongado exclusivo de los neurolepticos puede conducir a una depresión severa. El uso concomitante de neurolepticos o de litio con un tricíclico puede aumentar la disforia/anhedonia del paciente y por esta razón puede ser, en mi experiencia, bastante pobre. En los síndromes límite, los tranquilizantes menores están contraindicados. Tengo la impresión clínica de que pequeñas dosis de tricíclicos no sedantes son moderadamente efectivas, cuando menos para que los pacientes sean más susceptibles a favorecerse del enfoque terapéutico. Sin embargo, en la literatura médica todavía no existen estudios útiles para el tratamiento farmacológico de estas enfermedades.

En este momento es el problema del diagnóstico el que reviste la mayor importancia. Si la entidad en sí no existe, todo lo que se ha dicho acerca de la etiología y del tratamiento resulta de dudoso valor. De hecho, la mejor manera de probar su existencia es investigar si hay en verdad un grupo de pacientes que llene criterios específicos y que, por otra parte, no haya sido diagnosticado en forma adecuada. Para que esto suceda, el diagnóstico de límite debe dejar de ser tanto un epíteto como algo sólo digno del cesto de basura. Hay razones para creer que algún progreso se ha hecho para dilucidar diagnósticos específicos en esta difícil área. La próxima década deberá presenciar el inicio de un enfoque científico para el estudio de la historia natural de la enfermedad y de los medios para combatirla.

REFERENCIAS

1. PRICHARD, J.C.: *A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*. Filadelfia, Carey y Hart, 1837.
2. REICH, W.: *The Impulsive Character and Other Writings*. Nueva York, New American Library, 1974.
3. ALEXANDER, F.: The Neurotic Character. *Int. J. Psychoanal.*, 11:292, 1930.
4. DEUTSCH, H.: Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanal.*, 11:301, 1942.
5. ZILBOORG, G.: Ambulatory schizophrenia. *Psychiat.*, 4:149, 1941.
6. HOCH, P.H.; POLATIN, P.: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiat. Quart.*, 23:248, 1949.
7. SCHMIDEBERG, M.: The Borderline Patient. En Arieti S. (ed.): *American Handbook of Psychiatry*, Vol. 1, Nueva York, Basic Books, 398, 1959.
8. MODELL, A.H.: Primitive object relationship and the predisposition to schizophrenia. *Int. J. Psychoanal.*, 44:282, 1963.
9. FROSCH, J.: Psychoanalytic considerations of the psychotic character. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 18:24, 1970.
10. FROSCH, J.: The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *Psychiat. Quart.*, 38:81, 1964.
11. GRINKER, R.R.; WEIBLE, B.; DRYE, R.C.: *The Borderline Syndrome*. Nueva York, Basic Books, 1968.
12. KERNBERG, O.: Borderline personality organization. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 15:641, 1967.
13. KERNBERG, O.: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Nueva York, Jason Aronson, 1975.
14. MASTERSON, J.: *Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. Nueva York, Wiley-Interscience, 1972.
15. RINSLEY, D.B.: The adolescent inpatient: patterns of depersonification. *Psychiat. Quart.*, 45:3, 1971.
16. ZINNER, J.; SHAPIRO, R.: Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents. *Int. J. Psychoanal.*, 53:523, 1972.
17. WISHNIE, H.A.: Inpatient therapy with borderline patients. En Mock, J.E. (ed.): *Borderline States in Psychiatry*. Nueva York, Grune and Stratton, 41, 1975.
18. WINNICOTT, D.W.: Hate in the countertransference. *Am. J. Psychoanal.*, 30:69, 1949.
19. ADLER, G.: Hospital treatment of borderline patients. *Am. J. Psychiat.*, 130:32, 1973.
20. ROSS, W.D.; KAPP, F.T.: A technique for self-analysis of countertransference. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 10:643, 1962.