

# Trastorno Borderline (limite) de la personalidad

**Dr. Néstor Ricardo Stingo**

## Aspectos históricos

Se utiliza por primera vez el termino borderline en 1884. En ese año, Hughes (psiquiatra inglés) designa así a los estados borderline de la locura. Los define como “personas que pasaron toda su vida de uno u otro lado de la línea”. Rose los diagnosticaba cuando había síntomas neuróticos graves. Bleuler describe la esquizofrenia latente, que podría ser el análogo de los estados fronterizos.

Freud, en “El hombre de los lobos”, describe un caso diagnosticado como neurosis obsesiva, pero que a la luz de las investigaciones actuales y la revisión psicopatológica, podría ser entendido como un caso de patología fronteriza. Henry Claude hablaba de esquizomanías.

Marco Merenciano introduce el termino “carácter impulsivo”.

F. Alexander, en 1927, los ubica dentro de lo que denomina el “carácter neurótico”. Stern, en 1938, es quien formaliza el termino borderline a partir de estudios clínicos. Se refiere a una “hemorragia mental”, definida como intolerancia al dolor mental. Tienen el sentimiento permanente de estar siendo heridos o lastimados.

H. Deutche, en 1942, se ocupa de las personalidades “como si”.

## Conceptualizaciones modernas

En 1947, Melita Schmideberg, pone el énfasis sobre la “estable inestabilidad” de estos pacientes y sostiene que los rasgos característicos del fronterizo no son sus síntomas. Resalta como lo más característico de esta patología la falta de sentimientos normales y el profundo trastorno de la personalidad.

Fenichel utiliza el término esquizofrenia marginal.

Hoch y Polatin hablan de esquizofrenia pseudoneurótica.

H. Ey, de esquizoneurosis.

En 1967, Grinker y otros, describen el síndrome borderline, cuyas características serian:

- 1) Rabia como único o esencial afecto.
- 2) Anaclisis (recostarse sobre) como trastorno en las relaciones objetales.
- 3) Ausencia de indicadores de autoidentidad consistente (inestabilidad).
- 4) Depresión sin sentimiento de culpa, autoacusación o remordimiento.

Divide a estos pacientes en cuatro grupos, según se acerquen o alejen de la psicosis

Grupo 1: Frontera con la psicosis.

Grupo 2: Síndrome fronterizo central.

Grupo 3: Personalidades como si.

Grupo 4: Frontera con la neurosis.

Kernberg habla de organización borderline de la personalidad. Pone el énfasis en que no se trata de un estado transitorio, “son pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad, específica y estable” con fachada neurótica polisintomática, con identidad difusa y que pueden sufrir episodios psicóticos pasajeros en situaciones de gran tensión o bajo efectos de alcohol y/o drogas. Menciona como característico el desarrollo de una psicosis transferencial (en lugar de la neurosis de transferencia que se observa en el tratamiento psicoterapéutico).

Para este autor, estos estados están caracterizados por:

1) Manifestaciones de debilidad yoica, tales como intolerancia a la ansiedad, regresión defensiva, y control inadecuado de impulsos, junto a falta de canales sublimatorios.

2) “Viraje hacia el pensamiento del proceso primario”, que se pone de manifiesto principalmente en los test proyectivos y frente a estímulos no estructurados.

3) Operaciones defensivas específicas como el “splitting”, idealización, negación, omnipotencia, devaluación, proyección e identificación proyectiva.

4) Patología de las relaciones objetales internalizadas.

James Masterson sitúa el cuadro como una detención del desarrollo fijado, en la fase del reencuentro cordial, momento básico en la separación/individuación infantil, según la clasificación evolutiva de Margaret Mahler y lo divide en:

- Estados borderline: aparentemente bien adaptados, generalmente no consultan.

- Síndromes clínicos borderline: en los cuales hay una depresión de abandono, fijación oral, el miedo básico es a ser engullido o abandonado por la madre. No hay delirio ni regresiones profundas.

Gunderson, explora cinco áreas:

1) La adaptación social, aparentemente sin dificultades.

2) Impulsos y acciones (impulsiones, alcohol, autoagresión, promiscuidad, bulimia).

3) En el área de los afectos y depresión rabia, ansiedad y desesperación.

4) Las psicosis suelen ser breves y poco severas.

5) Relaciones interpersonales: no soportan estar solos, necesitan del otro en todo momento. Son dependientes, masoquistas, manipuladores y desvalorizados.

Carlos Paz: realiza una experiencia psicoanalítica en el tratamiento de los borderline.

Encuentra:

1) Trastornos en la relación con la realidad, en la cual hay alteraciones groseras aunque transitorias, sin pérdida del juicio de la realidad.

2) Trastornos del pensamiento: autorreferencia, concretos, irrupción del proceso primario y de las ecuaciones simbólicas.

3) Perturbaciones defensivas: defectuosa reflexión.

4) Trastornos en la regulación de la agresión: rabia que puede originar violencia, y no pueden controlarse.

5) Trastornos de la sexualidad: fantasías sexuales sadomasoquistas masturbatorias con fantasías eróticas perversas. Promiscuidad. Impotencia. Inactividad.

6) Expresiones y movimientos corporales típicos: provocar ruidos con los dedos de la mano y con las rodillas. Tirarse como una bolsa de papas.

7) Presencia de ansiedades confusionales.

8) Vínculos transferenciales y contratransferenciales característicos. Los fenómenos transferenciales son primitivos e intensos, llamados por algunos autores “transferencia delirante” por las distorsiones observadas, o “transferencia psicótica”, alternando con transferencia neurótica, a veces encubiertas por una adaptación forzada. Las características contratransferenciales están dadas por reacción intensa del analista, y se la describe como exigente, abrumadora y atrapadora, éste experimenta tensión y miedo, alternando momentos de confusión con de interés y preocupación, así como fastidio y aburrimiento.

En los últimos años ha tomado envergadura la terminología *Bordeline*, la cual ha aparecido en las diferentes clasificaciones, tanto en la americana como en la O.M.S. Éste síndrome, también denominado límite de la personalidad es la gran preocupación de la psiquiatría y la Psicología clínica de hoy.

## **Clínica psicopatológica**

### ***Marcos referenciales***

Es conveniente explicitar el marco teórico referencial en cual se basan la diferentes escuela, entre ella, la psicoanalíticas americanas, británica y francesa.

La Escuela americana, pone el énfasis en la labilidad yoica o el self y la difusión de la identidad. En cuanto al primer punto, presentan alteraciones de las siguientes funciones yoicas:

- autonomía, relacionada con la creatividad y la identidad
- autovaloración
- agresión constructiva
- tolerancia a la frustración
- alteración en la regulación de los límites a partir del yo, entre el mundo inconsciente y la realidad exterior
- la integración
- la formación de los conceptos
- el planeamiento realista

El trastorno clave estaría en la discontinuidad en el desarrollo de las relaciones objetales internalizadas que contribuyen a la integración yoica. El objeto es vivido en función de la satisfacción de las necesidades. No se alcanza la constancia objetal, que se define como la carga del representante psíquico constante del objeto, independientemente del estado de necesidad.

La Escuela Inglesa acentúa las ansiedades psicóticas y los mecanismos caracterológicos neuróticos que se erigen frente a éstas, y un modo particular de vivir la relación con el objeto.

Hanna Segal, cuando describe la Psicopatología de la posición esquizoparanoide, hace mención a los mecanismos defensivos de estos pacientes y acuña el concepto de tercer área, lugar de la mente donde se resguardan o aíslan aspectos escindidos.

Betty Joseph describe la pseudocolaboración y un problema casi universal del paciente Borderline, la intolerancia al dolor mental. Searles y Mahler hacen hincapié en el vínculo simbiótico del Borderline. Winnicott postula la existencia del falso self y el objeto transicional. Para él en el self no hay continuidad de representación. El self pasado y el self deseado (futuro) no coinciden con el yo presente.

Fairbain plantea el conflicto esquizoide como el nódulo de la psicopatología.

Melita Schimberg sostiene que los fronterizos padecen de trastornos que afectan casi todas las áreas de su personalidad y su vida, principalmente las relaciones personales y la profundidad de los sentimientos, la identificación y la empatía, su actitud frente a la sociedad y la realidad, la volición y el autocontrol, las sublimaciones, las actividades y la capacidad para el trabajo, la capacidad para gozar y la necesidad de placer, la vida sexual, la experiencia y el control de las emociones, la vida de las fantasías, los ideales, los valores y las metas en la vida, y una profunda falta de integración de su personalidad. Sus relaciones de objeto son superficiales y débiles y carecen de profundidad de sentimientos, de constancia, empatía y consideración por los demás.

La Escuela Francesa, con Bergeret considera como trastorno dominante en los borderline los síntomas depresivos, que llevados al extremo, pueden definir un tipo de depresión llamada “esencial”. Hay una falla para él en la posibilidad de estructuración neurótico o psicótica, por ello habla de una a-estructuración, es decir una no estructura que en su desarrollo puede orientarse hacia uno de estos polos, mientras tanto no es ni una cosa ni la otra. Bergeret dice textualmente: *los estados límites no son ni una estructura neurótica, ni una estructura psicótica, sino una estructura en potencia que no ha obtenido aún un verdadero estatuto estructural definitivo.*

Alternativamente y mientras tanto se maneja básicamente como una modalidad defensiva de orden psicótico y síntomas de características más neuróticas. También presentan trastornos del carácter de menor nivel.

### ***Los datos semiológicos clínicos son***

1) *Angustia*: es crónica y difusa. Se trata de un afecto continuo, que no obstante, puede manifestarse a la manera de crisis de angustia con el correlato somático correspondiente. Además

de las crisis, puede llegar a un estado de desfallecimiento de todas las funciones psíquicas, acompañadas por síntomas somáticos tales como vértigo, taquicardia y otros característicos de la crisis de angustia corriente. Desde el punto de vista de la psicología del yo, el diagnóstico se orienta más a la evaluación de la estructura del yo que a los síntomas.

Cuando hay perturbaciones en el desarrollo yoico, la angustia no puede ser procesada como señal, sino que se vive como amenaza difusa y global, como peligro de aniquilación, y por lo tanto, puede aparecer en forma brutal, poco canalizable por la simbolización.

Es una angustia ligada a la pérdida de sentido, que remite a la pérdida de objeto. Freud destaca que las reacciones frente a la separación se asemejan más al duelo que a la angustia, la cual se liga con el de excitación pulsional y la pérdida de la función protectora del objeto frente a la pérdida libidinal. La ubicación psicopatológica de ésta correspondería, para Kernerg, Masterson y otros, en el esquema psicoevolutivo de Mahler, a la subfase de reaceramiento de la fase de individuación-separación, en la cual las ansiedades de abandono se sienten al máximo y la omnipotencia ha decrecido.

2) *Incapacidad para sentir*: en ocasiones el paciente toma conciencia de un vacío afectivo cercano a la despersonalización. En estos casos sufren por su incapacidad para sentir y a veces hacen escenas de tipo histérico, tienen reacciones emocionales exageradas, reacciones impulsivas, ingieren alcohol o drogas o tienen relaciones sexuales promiscuas para librarse de su vacío y anesthesiarse, paradójicamente con sensaciones intensas. Gran parte de su acting-out y de sus estallidos emocionales constituyen un intento por superar su insensibilidad. Aunque anhelan experimentar emociones genuinas, no pueden tolerarlas. Se protegen contra el sentimiento, manteniendo las relaciones en un nivel muy superficial o cambiando frecuentemente de pareja, de amistades, de trabajo o de lugar donde viven. Esto explicaría en gran medida su inestabilidad. Schmidberg dice: los fronterizos son fundamentalmente no sociales y algunos abiertamente antisociales.

3) *La inestabilidad*: es característica de estos trastornos y se manifiesta en distintas áreas. A nivel afectivo el estallido de sus afectos y la tendencia a la actuación perturban sus relaciones sociales, así como la idealización y devaluación alternantes. En el plano laboral también se muestran inestables, pues a pesar de sus condiciones intelectuales, carecen de capacidad para la concentración, la perseverancia y el deseo de hacer un esfuerzo sostenido. Su baja tolerancia a la frustración, la hipersensibilidad a las críticas y la espera de alabanzas y recompensas totalmente desproporcionadas condicionan su inestabilidad laboral, ocasionando su despido o el abandono por no aceptar las reglas y la rutina. La inestabilidad a nivel de su propia imagen se manifiesta en dudas sobre su identidad sexual, sus capacidades y atributos.

4) *Depresión*: el tipo de afecto depresivo es un índice para evaluar el grado de integración del Super Yo, la aparición sentimientos de culpa evidencian una buena integración; los sentimientos de rabia, de desesperación, de ira y una imagen de sí mismo idealizada indican una mala integración de esta instancia.

Esta depresión se caracteriza por la presencia de sentimientos de vacío y soledad a diferencia de lo que ocurre en la depresión endógena, en la cual predomina la tristeza, la culpa y los autorreproches. En el depresivo endógeno predomina el temor a la destrucción del objeto, en tanto que en el borderline la cólera o rabia contra el objeto frustrante. Otros elementos diferenciales son la variabilidad o reactividad frente al ambiente y la ausencia de ritmos circadianos.

5) *Intolerancia a estar solo*: esta se manifiesta como el afán de aferrarse a través de la voz o de la presencia física del otro, o en determinados casos es suplantado el objeto por un sustituto, la droga, el alcohol o el alimento como intento fallido de narcotización de la falta. En realidad carecen de la posibilidad de introyectar el objeto, el cual aparece como presencia lábil con tendencia a la desaparición inminente. Toda tensión es intolerable y de allí la aparición sin mediatización de las conductas actuadas de aferramiento y de apego desorganizado. La relación de objeto es con un objeto parcial, esto implica el empleo de los mecanismos defensivos de disociación, proyección, idealización, negación y omnipotencia, configurando el *splitting* del yo.

6) *Anhedonia*: es la incapacidad de sentir placer, entendido como la obtención de satisfacción a partir de un estímulo determinado, las sensaciones de bienestar que dan las gratificaciones o el logro de objetivos. Existe siempre en el paciente borderline una insatisfacción permanente y manifiesta, una frustración constante. Los objetivos que se plantea nunca llegan a conseguirse, son inalcanzables, o por el contrario, cuando son alcanzados, pierden valor inmediatamente. No hay identidad integrada, un yo estable y totalizador que permita asimilar la experiencia placentera.

Tomando a Winnicott, explicamos el mecanismo de la anhedonia como una falla en la articulación entre yo corporal y yo como instancia psíquica, lo cual produce alteraciones en la triple creencia del infante:

- continuidad de la existencia.
- identidad conciente.
- funcionamiento natural de su cuerpo.

Esta triple creencia funda el placer de vivir, que obedece al Principio del Placer. En los pacientes borderline, la tendencia a evitar el displacer se hace mas fuerte que la búsqueda del placer; constantemente debe luchar contra la impotencia, el desamparo y la frustración. La escisión entre lo psíquico y lo somático protege contra la destrucción total. Como consecuencia de la escisión, falla la creencia y se instala el vacío. Habría una disociación entre un self profundo que no interviene en los vínculos con el ambiente, y un self adaptativo disociado que se desarrolla a expensas de un empobrecimiento afectivo y da lugar a sensaciones de vacío y futilidad.

7) *Neurosis polisintomáticas*: Pueden presentar dos o más de los siguientes síntomas:

-fobias múltiples generalmente graves.- especialmente agorafobia. La relación con el objeto esta sometida a regulación de la distancia con mecanismos agora y claustrofóbicos. Asociadas con tendencias paranoides, originan serias inhibiciones sociales.

- síntomas obsesivos compulsivos, sintónicos con el yo, y con tendencia a racionalizarlos.
- múltiples síntomas de conversión, generalmente crónicos.
- reacciones disociativas.

- estados de ensoñación, fugas y amnesias con trastornos de conciencia.

- hipocondría: exagerada preocupación por la salud y temor crónico a enfermar. Se refiere no sólo al cuerpo, sino también a la mente. Describe minuciosamente sus malestares, reacciones y sensaciones. Es común el temor a volverse locos. Tendencias paranoides e hipocondríacas con cualquier otra neurosis sintomática: este elemento sería para Kernberg una combinación típica, presuntiva del diagnóstico de organización límite.

8) *Descontrol impulsivo*: incluido el pasaje al acto y el "acting out". Este descontrol impulsivo puede ser vivenciado egodistómicamente fuera de los episodios "empujados" por el impulso, que son egosintónicos y que generalmente son agradables durante el episodio mismo, como el alcoholismo, la drogadicción, la bulimia, las compras descontroladas y la cleptomanía entre otros.

9) *Tendencias sexuales perverso-polimorfos*: suelen coexistir varias tendencias en forma de fantasías o de acciones. Las formas bizarras de perversión, principalmente las que manifiestan agresión o sustitución primitivas de los fines genitales, con fines eliminatorios (orina, defecación), son también indicadores de una organización límite de la personalidad.

A veces, la homosexualidad puede funcionar como defensa frente a ansiedades de abandono.

Habría condensación de conflictos genitales y pregenitales y un prematuro desarrollo de los conflictos edípicos, causado por el predominio de las tendencias regresivas. En la historia hay experiencias tempranas de frustración extrema. Excesiva agresión pregenital especialmente oral es proyectada haciendo aparecer a la madre como potencialmente peligrosa, odio que se hace extensivo a ambos padres. También hay un prematuro desarrollo de las tendencias genitales, mediante la cual tratan de evitar la rabia y los temores orales. Esto fracasa por la intensa agresión pregenital que contamina también las tendencias genitales. En la mujer, los intentos de solución pueden manifestarse como:

- el refuerzo del Edipo negativo, es decir el sometimiento sexual al padre para obtener las gratificaciones orales negadas por la madre -homosexualidad de origen predominantemente oral.

- Relación heterosexual que en el plano profundo intenta robar sexualmente lo que la madre le negó en el plano oral, -hombres narcisistas promiscuos – (vinculaciones pseudogenitales, buscan vengarse de las frustraciones orales de la madre).

- Desarrollo de las tendencias infantiles perverso-polimorfas, sobre todo de aquellas que permiten la manifestación de la agresión. En la mujer en general hay un fracaso del amor heterosexual, por la contaminación agresiva del padre y la reactivación de la envidia del pene y los sentimientos de culpa de las tendencias genitales. Tendencias masoquistas por la reintroyección de la agresión proyectada a la madre.

- Homosexualidad por la búsqueda de la gratificación de las necesidades orales por parte de una imagen materna idealizada.

- Relaciones homosexuales sadomasoquistas, por la persistencia de las necesidades y temores derivados de la agresión oral. Las soluciones son: homosexualidad, masoquismo y promiscuidad.

10) *Breves episodios psicóticos*: incluyen la desrealización y despersonalización. La suspicacia autorreferencial y los cuadros paranoides predominan en estos episodios. Las manifestaciones clínicas serían: trastornos paranoides, depresiones con intentos de suicidio y episodios maníacos. Hay ruptura de un vínculo simbiótico. Algunos autores piensan que pueden virar hacia la salud.

11) *Adaptación social*: si bien clásicamente se habla de una adaptación superficial ésta no es tal. Conviene hablar de una adecuación ante determinadas circunstancias. Hay un espectro de posibilidades desde evitar el contacto social (borderlines esquizoides y depresivos), hasta los antisociales. En las reacciones paranoides pueden tener conductas agresivas, pero por lo general se retraen y perjudican las relaciones personales.

El Borderline se puede presentar con dispositivos protectores, reticencia, evasión, negación, restar importancia, el cambiar de tema y otros métodos de disimulo, malas interpretaciones de la realidad, preocupaciones autísticas y cosas semejantes.

La expresión de sospechas acompañadas por disculpas o bromas indica la conservación de la función crítica del Yo con respecto a la desconfianza paranoide, mientras que la suspicacia sin trabas indica la pérdida de esta función. El típico borderline conserva intactos los límites del yo y la prueba de la realidad. El déficit es de síntesis de las imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos.

La Organización Mundial de la Salud no utiliza en su nomenclatura la denominación de Personalidad Borderline, pero describe un trastorno de inestabilidad emocional con características muy parecidas:

### ***Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad***

Se trata de un trastorno de la personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

En este caso se trata del trastorno de inestabilidad emocional de tipo límite, el cual presenta las características de inestabilidad emocional mencionadas. Confusión de la imagen de sí mismo, los objetivos y las preferencias internas. Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables. Presencia de amenazas suicidas o de actos autoagresivos.

La escuela Americana de Psiquiatría especifica criterios para el diagnóstico del Trastorno Borderline en la Clasificación de los Trastornos Mentales (DSM IV):

### ***Trastorno límite de la personalidad***

Se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco o más de los siguientes items:

- 1- Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario.
- 2- Relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- 4- Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria.
- 5- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- 6- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- 7- Sentimientos crónicos de vacío (depresión).
- 8- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- 9- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

En el año 1999, Blas Corsaro realizó una investigación con instrumentos estandarizados para pacientes con trastornos de la personalidad borderline o límite a través de un cuestionario autoadministrado. Concluyendo que los pacientes Borderlines argentinos se distinguen de los que tienen diferentes trastornos de la personalidad, las características de los mismos fueron semejantes a las que presenta la literatura internacional y que pudieron realizar el cuestionario casi al mismo tiempo que el grupo control.

Las características que evidenciaron mayor déficit se reflejaron en: inestabilidad afectiva, trastornos de identidad, sentimientos de vacío, relaciones interpersonales intensas, ira inapropiada, impulsividad, evitación del abandono y amenazas suicidas.

### ***Las Defensas en la estructura Borderline:***

*Represión:* hay déficit de la función represiva. La represiva tiene un doble funcionamiento: mantiene a distancia las investiduras de objeto capaces de amenazar la organización del Yo, y por otro lado constituye un revestimiento cuya función es asegurar los límites que procura el Yo, siempre con cierto juego.

*Escisión (splitting clivaje):* es un proceso activo utilizado para mantener la separación entre introyecciones e identificaciones de calidad opuesta; estos son sistemas alternativamente activados e investidos en la relación de una forma discontinuo. Esto que es un simple defecto de integración, sigue siendo activamente utilizado por el sujeto, como modo de enfrentarse a la difusión de la angustia y de protegerse frente a la incompletud narcisista.

En cuanto al yo, hay dos sectores: el relacionado con los objetos que no despiertan la herida narcisista, y el que funciona de un modo mas autónomo y en relación con la realidad, reactivando posiciones narcisísticas frágiles. La función de síntesis del yo se encuentra modificada y es fluctuante, ya que solamente el área de realidad frustrante es la que se deforma y termina en estas alteraciones del yo.

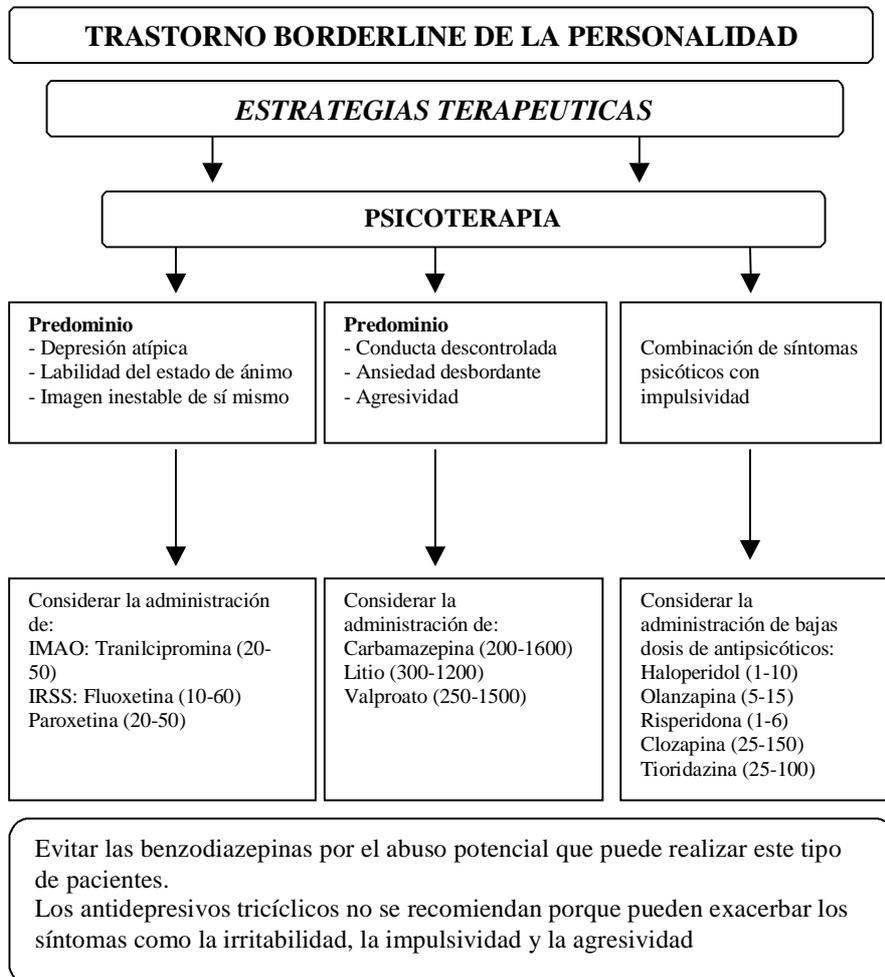
*Idealización primitiva:* existe la tendencia verlos objetos como totalmente buenos, para contar con su proyección contra los objetos malos y asegurarse que no sean dañados, contaminados o destruidos. No hay verdadera estima sino necesidad de protección contra los objetos peligrosos y sirve como receptáculo de la identificación omnipotente. Esta fusión con un objeto ideal desvanece los límites yoicos, como ocurre en la transferencia, dando lugar a las llamadas psicosis transferenciales.

*Identificación proyectiva* (temprana forma de proyección): fuertes tendencias a la proyección.

El principal propósito es poner afuera las principales imágenes a la proyección del sí mismo agresivo y totalmente malo y la aparición de objetos peligrosos y vengativos de los que busca protegerse.

En el área de la proyección de la agresión, se debilitan los límites yoicos y se requiere controlar el objeto para impedir el ataque. La angustia persecutoria obliga al paciente a acentuar la idealización.

*Omnipotencia y desvalorización*: los pacientes suelen alternar entre la necesidad de una relación que refleja su aferramiento y sus exigencias a un objeto mágico e idealizado, y fantasías y actividades que revelan el profundo sentimiento de omnipotencia. No hay dependencia en el sentido de preocupación o amor. En un plano profundo, la persona idealizada es tratada en forma despiadada y posesiva, como una extensión del propio paciente. A raíz de esto, aparecen las fantasías omnipotentes cuando el objeto externo ya no proporciona gratificación y protección o lo abandona (porque no hay capacidad de amor) para destruirlo vengativamente y frustrar sus necesidades (avidez oral) para impedir que se transforme en perseguidor.



## Consideraciones Finales

Al intentar hacer un diagnóstico preciso en un paciente borderline, hay dos criterios que se emplean a menudo y que han de usarse de una manera crítica para evitar errores: el primero de ellos plantea la cuestión de si se ha producido una ruptura con la realidad, para lo cual hay que confrontarla con la misma; la segunda supone que debajo de una sintomatología polineurótica subyace una estructura límite.

Los borderline constituyen un grupo de pacientes que abunda en la clínica actual, cuya presentación fenoménica es polifacético, no obstante lo cual llegan a configurar un trastorno con características comunes y bien delimitadas en la clínica, en los psicodinamismos, y en el devenir del proceso terapéutico.

## Bibliografía

1. Ayuso Gutiérrez, J.L.; Carulla, L.S; *Manual de Psiquiatría*; Madrid; Intram; McGraw-Hill.; 1992.
2. Bergeret, Jean; “Los Estados Límites 20 años después”; Entrevista; *Vertex*; 1990; 1 (1) 47-52.
3. Blas Corsaro; “Características de los pacientes borderlines en la Argentina. Evaluación con cuestionario autoadministrado. Investigaciones en Psicología”; *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*; 1999; 4 (1) 61-78.
4. Gunderson, John G.; Singer, M.T.; “Defining Borderlines patients: an overview”; *Am. J. Psychiatry*; 132; 1-10.
5. Gunderson, John G.; “Bordeline Personality Disorder”. Washington, D.C.; *American Psychiatric Press*; Inc. 1984.
6. Hales, Robert E., Yudofsky, Stuart C.; *Sinopsis de Psiquiatría Clínica*; Tercera edición; Barcelona; Masson; 2000.
7. Kernberg, O.F.; *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*; Buenos Aires; Editorial Paidós; 1970.
8. Kernberg, O.F.; *Trastornos graves de la personalidad*; México; Manual Moderno; 1984.
9. Millon, Theodore, Davis Roger D.; *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*; Barcelona; Masson; 2001.
10. Millon, Theodore, Davis Roger D.; *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*; Barcelona; Masson; 1998.
11. Reich, D.B.; Zanarini, M.C.; “Developmental aspects of Borderline”; *Harv. Rev. Psychiatry*; 2001; nov. dec.; 9 (6) 294-301.
12. Sanislow, C.A.; Grilo, C.M.; Morey, L. [et. al]. “Confirmatory factor analysis of DSM IV criteria for borderline personality disorder”; *Am. J. Psychiatry*; 2002; feb.; 159 (2) 284-90.
13. Stingo, N.R. *Los Trastornos Psíquicos. La Psicopatología en el siglo XXI*; Buenos Aires; Ediciones Norte; 2001.
14. Stone, Michael H.; “Etiology of Bordeline Personality Disorder, in Joel Paris”; Washington, D.C.; *America Psychiatric Press*; Inc. 1993.
15. Suarez Richards, M.; *Introducción a la Psiquiatría*; Segunda edición; Buenos Aires; Editorial Salerno; 2000.
16. Vallejo Ruiloba, J.; *Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría*; Tercera edición; Barcelona; Salvat; 1992.
17. Van Elst; L.T.; Thiel, T.; Hesslinger, B. [et. al.]; “Subtle prefrontal neuropathology in a pilot magnetic resonance spectroscopy study in patients with borderline personality disorder”; *J. Neuropsychiatry clin. Neurosci.*; 2001 Fall; 13(4) 511-4
18. Zanarini, M.C.; Gunderson, J.G.; Frankenburg, F.R.; [et. al.] “Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders”; 1990; 147: 161-167.