

# BORDERLINE<sup>1</sup>

Ana M. Spagnuolo de Iummato

## DEFINICION

El vocablo “borderline” proviene del inglés y puede traducirse como frontera, límite o zona marginal, por lo cual se utiliza para nominar los casos lindantes con la neurosis y psicosis.

La Asociación Psicoanalítica Norteamericana, en el *Glosario de términos y conceptos psicoanalíticos*, definió como **borderline state** “un término descriptivo que se refiere a un grupo de condiciones que manifiestan, tanto fenómenos psicóticos como neuróticos, sin caer inequívocamente en ninguna de dichas categorías diagnósticas”.(Marinópulos Córdova, J. y Ruiz Huidobro Boklund, M.,1991)

Charles Rycroft en su *Diccionario crítico del psicoanálisis*, en 1968 caracterizó al fronterizo como “un paciente que está en el límite entre neurosis y psicosis, tanto como aquel cuya psicopatología desafía la categorización o aquel cuyos mecanismos son psicóticos, pero cuya conducta no justifica que sea tratado como psicótico. Este uso surge del hecho de que los sistemas diagnósticos asumen que la neurosis y la psicosis son mutuamente excluyentes, en tanto que la observación empírica nos muestra que no lo son”.

En el DSM-III este desorden correspondería al Desorden Esquizotípico de la personalidad y en la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud, en sus revisiones 8ª. y 9ª. (ICD-8 y 9) de 1974 y 1978, a la Esquizofrenia latente.

El desorden de la personalidad de la frontera (BPD), trastorno borderline o personalidad fronteriza, es una de las diagnosis más polémicas en psicología hoy. Desde que se introdujo en el DSM, los psicólogos y los psiquiatras han estado intentando dar a los conceptos algo amorfos del BPD una forma concreta. El estudio que hace Otto Kernberg de lo que él llama organización de la personalidad de la frontera es el más importante en la actualidad.

Muchas veces el diagnóstico de borderline es utilizado como una categoría residual cuando el cuadro “no encaja” dentro de los esquemas nosográficos más clásicos, neurosis o psicosis, ya que de la primera conserva su criterio de realidad (aunque niegan los borderline, la diferencia entre el sí mismo y el objeto pero sin pérdida real de la diferenciación como en la psicosis) y de la psicosis utilizan la proyección masiva como defensa predominante.

La estructura BPD se caracteriza por una forma específica y estable de una estructura patológica del yo, una detención en el desarrollo. La esencia del síndrome borderline no son los síntomas presentados, ya que éstos pueden variar.

Según Grinker, Werble y Drye (1968), quienes han realizado una de la más rigurosa y sistemática investigación sobre esta patología, resumen las características esenciales del síndrome borderline en la presencia de:

a) la rabia o **ira**, como el principal o único afecto;

---

<sup>1</sup> Recopilación bibliográfica y elaboración temática realizada para la pasantía “Clínica de los cuadros Fronterizos y de las Psicosis” dictada en la Facultad de Psicología de la UBA y en el Hospital Braulio Moyano de Buenos Aires. 2001

- b) el trastorno en las relaciones afectivas, que son: **anaclíticas**<sup>2</sup>, dependientes, complementarias y raramente recíprocas;
- c) **identidad inconsistente**, lo que parece estar conectado con la falta de relaciones afectivas y con la rabia, en la intimidad y
- d) **depresión**, con sentimiento de soledad depresiva y aislamiento. No es una depresión culposa, autoacusatoria o con remordimientos.

Para estos autores “el borderline no es un proceso regresivo sino un defecto en el desarrollo sobre el cual se extiende una amplia variedad de conductas adaptativas y defensivas neuróticas; el defecto sería fundamentalmente una deformidad o distorsión de las funciones del yo cuya etiología es desconocida”.

Sería más correcto descriptivamente decir que es un desorden de la personalidad caracterizado por una inestabilidad emocional que afecta a los pacientes en muchas áreas de su vida. Despliegan grandes oscilaciones de humor en respuesta a las vivencias cotidianas. También se puede complicar el BPD con episodios psicopáticos breves como asimismo, por tentativas reiteradas de suicidios luego de una decepción o una pelea.

A pesar de haber daños graves en las funciones del yo, la adaptación del paciente a las demandas del medio manteniendo una conducta convencional, es adecuada, las relaciones superficiales con los objetos están intactas y los logros habituales no están dañados.

Aún cuando ocurren episodios psicóticos pasajeros en los sujetos fronterizos, bajo tensión intensa y de síntomas tales como: depresión, huida y adaptación esquizoide, el borderline no es un esquizofrénico incipiente. Lo que caracteriza a los pacientes borderline es su *resistencia a la psicosis*. Las descompensaciones agudas generalmente surgen cuando la realidad los decepciona, en un estado de no preparación para soportar rupturas vinculares, pérdidas o “cambios” bruscos en sus relaciones ambientales.

Lo intolerable, según André Green, “es el cambio de objeto, que constriñe al Yo a un cambio correspondiente”.

Es un cambio que atenta contra la permanencia y la perennidad narcisista unitaria frente al cual es imposible mantener la desmentida. La no preparación del sujeto depende de la imposibilidad de establecer una diferencia entre su Yo y el objeto.

Grinker y los colaboradores citados, a partir de la sintomatología, dividen a los borderline en 4 subcategorías:

**Grupo I o “el border psicótico”**, caracterizado por la naturaleza inapropiada, no adaptada y negativista de la conducta y los afectos hacia los demás pacientes y hacia el personal del hospital. Presentan también un deficiente sentido de realidad y de identidad y trastornos en el sueño y en la alimentación.

**Grupo II o “síndrome fronterizo central”**, caracterizado por un penetrante afecto negativo. Sus rasgos esenciales son:  
compromiso vacilante con los otros;  
expresiones de rabia abiertas o actuadas;

---

<sup>2</sup> La elección objetal anaclítica está determinada por la primitiva dependencia del lactante con respecto a la persona que lo alimenta, protege y cuida. El border, debido a la pobreza de su identidad personal, no posee una percepción de él mismo, de su papel social y se identifica con otros en virtud de un mimetismo desmedido, esto hace que muchas veces se adapten como camaleones al ambiente del momento. (personalidad “como si”).

depresión;  
ausencia de indicadores de una identidad consistente y  
sentimientos caóticos con actitudes contradictorias y gran propensión a la  
actuación.

**Grupo III o “persona ‘como sí’, con tendencia a adaptarse y suprimir afectos con fines defensivos”**, caracterizado por un endeble ajuste de tipo personalidad “como sí” de Helen Deutsch, e interacciones puestas al servicio de una adaptación superficial, pero afectivamente deficientes: no evidencian amor a nada ni a nadie. No presentan indicios de una identidad bien establecida y utilizan la intelectualización y la desconexión como defensas.

**Grupo IV o “límite neurótico”**, caracterizado por la presencia de afectos depresivos con tendencia al aferramiento de tipo infantil que junto a la ansiedad los ponen en estrecho parentesco con los caracteres narcisísticos.

Otto Kernberg propone tres organizaciones estructurales que corresponden a la neurótica, fronteriza y psicótica, las cuales se convierten en la matriz subyacente de la que desarrollan los síntomas del comportamiento.

La **personalidad borderline** es para Kernberg una **organización patológica específica, estable y crónica**: no es un estado transitorio que fluctúe entre neurosis y psicosis y está caracterizada por:

- constelaciones sintomáticas típicas;
- una constelación típica de maniobras defensivas del yo;
- una patología típica de las relaciones objetales internalizadas y
- rasgos genético - dinámicos típicos.

Según el mismo autor, la diagnosis de BPO se basa en tres categorías de criterios. El primero y más importante, abarca dos niveles:

ausencia de psicosis (es decir, la capacidad de percibir adecuadamente la realidad) integración deteriorada del ego - un concepto difuso e internamente contradictorio del uno mismo.

Dice Otto Kernberg, los “fronterizos pueden describirse por cinco horas sin conseguir un cuadro realista de cómo son”.

La segunda categoría, denominada “no específicas” incluye cosas tales como baja tolerancia a la ansiedad, pobre control de los impulsos y una capacidad subdesarrollada o pobre de gozar el trabajo o las relaciones de una manera significativa.

Kernberg cree que los fronterizos se distinguen de los neuróticos por la presencia de “defensas primitivas”. Las personalidades de frontera tienen problemas con la constancia del objeto, vivencian cada acción de la gente en sus vidas como si no existiera un contexto anterior; no tienen un sentido de la continuidad y estado, coherente, sobre la gente y las cosas en sus vidas.

## DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Kernberg da una serie de elementos descriptivos de la organización fronteriza de la personalidad a los fines de establecer el diagnóstico presuntivo. Ninguno de estos síntomas es, por sí solo, patognomónico, pero la presencia de dos, o

especialmente tres de los enumerados a continuación, constituye un fuerte indicio de una personalidad fronteriza subyacente.

### **Ansiedad**

Estos pacientes suelen presentar una ansiedad flotante, crónica y difusa, que adquiere especial significación cuando está presente toda una variedad de otros síntomas o rasgos patológicos del carácter.

### **Neurosis polisintomática**

- fobias múltiples: en especial aquellas que ponen de manifiesto tendencias paranoides y que provocan serias inhibiciones sociales, constituyen una evidencia presuntiva de personalidad fronteriza.
- síntomas obsesivo - compulsivos que secundariamente se han hecho sintónicos con el yo, adquiriendo en consecuencia el carácter de pensamientos y acciones “sobreevaluados”.
- múltiples síntomas de conversión elaborados o grotescos, especialmente si son crónicos.
- reacciones disociativas, en especial “estados de penumbra” o fugas histéricas y amnesia asociada con perturbaciones de la conciencia.
- hipocondría: exagerada preocupación por la salud y un temor crónico a la enfermedad que se manifiesta como síntomas crónicos, rituales de salud y retiro de la vida social.
- tendencias paranoides e hipocondríacas que no son secundarias a una reacción intensa de ansiedad.

### **Tendencias sexuales perverso - polimorfas**

No están incluidos en esta categoría los pacientes cuya vida genital está centrada en una desviación sexual estable y especialmente aquellos en quienes dicha desviación se asocia con las relaciones objetales constantes. Cuanto más caóticas y múltiples son las fantasías y los actos perversos y cuanto más inestables son las relaciones objetales vinculadas con estas interacciones, mayores motivos hay para sospechar la presencia de un desorden fronterizo.

### **Las “clásicas” estructuras de la personalidad prepsicótica**

- personalidad paranoide
- personalidad esquizoide
- personalidad hipomaniaca
- organización “ciclotímica” de la personalidad con marcadas tendencias hipomaniacas.

### **Neurosis impulsiva y adicciones**

Están comprendidas aquí las formas graves de patología caracterológica en las que hace irrupción de modo crónico y repetitivo un impulso destinado a gratificar necesidades instintivas, de un modo que, fuera de los episodios “impulsivos”, resulta distónico con el yo, mientras que dentro del contexto de dichos episodios es sintónico con el yo y altamente placentero.

### **Desórdenes caracterológicos de “nivel inferior”**

Se trata de la patología caracterológica más severa, típicamente representada por el carácter caótico e impulsivo, en contraposición con los clásicos tipos de formación reactiva y los más moderados “rasgos evitativos”.

Esta clasificación en una secuencia que va de un nivel “superior” hasta un nivel “inferior”, Kernberg la establece según el predominio de los mecanismos de represión o de disociación.

Otra diferencia consiste en que los pacientes del nivel superior experimentan más depresión que los del nivel inferior (dado que cuanto mayor es la depresión asociada con auténticos sentimientos de culpa, remordimiento y preocupación por uno mismo, mayor es la integración superyóica).

La depresión en el síndrome fronterizo está caracterizada por una sensación de futilidad y sentimientos cada vez más extendidos de soledad y aislamiento, aislamiento y actitudes de airada exigencia que difieren de la depresión neurótica y psicótica, en las que la culpa y la autodesvalorización tienen mayor participación.

## CASUISTICA

Los desórdenes de la personalidad afectan el 10% de la población en general. Este grupo de desórdenes mentales es definido por características de mal adaptación de la personalidad que tienen un efecto constante y serio en el trabajo y en los vínculos interpersonales.

DSM-IV define diez categorías del desorden de la personalidad. De éstos, el desorden de la personalidad de la frontera es el más frecuente en la práctica clínica. El BPD es también uno de los más difíciles y preocupantes de los problemas de la psiquiatría, constituyendo un desafío permanente, donde frecuentemente se termina no concordando entre los profesionales más experimentados y este hecho afecta luego a la ubicación estadística y por ende a la casuística.

Estadísticamente, Andrulomis y colaboradores, investigaron (Marinópulos Córdova y Ruiz Huidobro Boklund, 1991) la casuística borderline, hallando que los hombres presentan más comportamientos inaceptables que las mujeres, pero en cambio muestran menor sintomatología depresiva que ellas. En las mujeres se observa una frecuencia mucho mayor de trastornos en la alimentación que en los hombres (45% vs. 6%) y también mayor cantidad de episodios mini-psicóticos transitorios que los que presentan los hombres.

La historia psiquiátrica previa es semejante en ambos sexos, así como tampoco se observan diferencias en el trazado electroencefalográfico.

El hecho de que haya mayor cantidad de **adoptados** entre la población de borderline estudiados, en comparación al grupo testigo de esquizofrénicos, constituye un indicio de la importancia del vínculo materno en el desarrollo inicial del Yo, su relación con la enfermedad border y la etapa de **separación – individuación**.

## ETIOLOGIA

Como en la mayoría de los desórdenes mentales, ningún factor aislado explica su génesis. Los factores de riesgo múltiples, que pueden ser biológicos, psicológicos y sociales, desempeñan un papel importante en su etiología.

Los factores biológicos en el BPD consisten probablemente en anormalidades temperamentales innatas. La impulsividad y la inestabilidad emocional son inusualmente intensas en estos pacientes y estos rasgos, para ciertos investigadores, podrían ser hereditarios dado que características similares se han

hallado también en parientes cercanos de pacientes con BPD. Las investigaciones sugieren que la impulsividad que caracteriza a la personalidad de frontera se puede asociar a la actividad disminuida de la serotonina en el cerebro.

Los factores psicológicos en esta enfermedad varían mucho. Algunos pacientes de frontera describen experiencias altamente traumáticas en su niñez, tales como el abuso físico o sexual. Otros describen negligencia emocional severa. Muchos pacientes de frontera tienen padres con rasgos impulsivos o depresivos de personalidad, y también frecuentemente han descrito padres fríos con una agresividad encubierta pero intensa.

Según Kernberg en estos pacientes la agresión oral presenta un desarrollo patológicamente aumentado y es difícil evaluar en qué medida este desarrollo es el resultado de una fuerte pulsión agresiva de origen constitucional, de una intolerancia a la ansiedad (también de origen constitucional) respecto de los impulsos agresivos o de una grave frustración sufrida en los primeros años de vida.

Los factores sociales en el BPD reflejan muchos de los problemas de la sociedad moderna. En la sociedad urbana contemporánea, los niños tienen más dificultades para resolver sus necesidades de vinculaciones y de identidad.

Muy probablemente, el BPD se encarna cuando todos estos factores de riesgo están presentes. Los niños que se hallan en la población de riesgo en virtud de su temperamento, pueden crecer perfectamente normales si cuentan con un ambiente de apoyo y continencia afectiva. Sin embargo, cuando la familia y la comunidad no pueden resolver las necesidades especiales de estos niños, ellos tenderían a desarrollar impulsividad e inestabilidad emocional.

Masterson sugiere que el síndrome fronterizo es el resultado de la sensación de abandono causada por el cese de suministro por parte de la madre en el momento en que el paciente intentaba separarse e individuarse. La necesidad de éste último de defenderse contra los sentimientos de abandono produce el detenimiento en el desarrollo y el cuadro clínico de este síndrome.

Según este autor, el síndrome se asemeja a un témpano de hielo, en el sentido de que sólo la parte más superficial puede ser detectada clínicamente sobre la línea de agua, mientras que el resto permanece escondido bajo la superficie. (Marinópulos Córdova y Ruiz Huidobro Boklund, 1991)

## HISTORIA FAMILIAR

Son niños queridos por motivos narcisísticos de los padres, quienes no configuran con ellos un verdadero vínculo objetal, y por lo tanto los hijos dedican toda la vida a tratar de autoapuntalar su narcisismo (que siempre es una defensa frente al desamparo) de las maneras más bizarras y esto se produce desde el inicio mismo de las relaciones objetales. Ellos se constituyen en su propio ideal en tanto sabemos que la renuncia al narcisismo en la infancia sana se produce por obra de la *instalación de un ideal*.

Ellos son restituciones de ellos mismos donde se nota poco la escisión del yo a diferencia de las psicosis. O sea, desde sus comienzos, el niño no ha sido reconocido como tal, ya sea por déficit (figuras parentales o sustitutos ausentes) o por exceso (figuras intrusivas). No pudo crearse lo que Winnicott denomina **espacio transicional**, necesario para la discriminación entre Yo y no Yo. Ha permanecido en un estado fusional, donde el “sí mismo real”, el “sí mismo ideal” y el “objeto ideal” se confunden.

Su self debió sobreadaptarse con desarrollos que son expresión de una pseudo madurez, encubriendo la falta de cohesión y con tendencia a la fragmentación, sentimientos de vacío y carencia de la normal capacidad de experimentar soledad y de poder sobreponerse a ella.

El individuo fronterizo necesita llegar a aceptar el fracaso de sus padres, fracaso en el simple sentido humano de no haber sabido dar y recibir amor, consuelo y comprensión.

Necesita además renunciar a las fantasías idealizadas e irreales con las que busca proteger las perfectas relaciones del pasado con sus padres. Para el paciente fronterizo, separarse verdaderamente de los padres es una experiencia mucho más difícil y atemorizante que para los pacientes neuróticos.

### **El papel de la separación - individuación en el desarrollo normal del yo**

La imagen que el niño tiene de sí mismo y aquella que tiene de su madre, es una unidad simbiótica. La madre actúa como yo auxiliar, ejecutando funciones que el propio yo del niño ejecutará más tarde (límites a los estímulos internos y externos, percepción adecuada de la realidad, tolerancia a la frustración y control de los impulsos).

A los 18 meses aproximadamente, bajo el ímpetu de la maduración biológica predeterminada de los aparatos del yo (o sea, la propia individuación) comienza la separación de esta relación.

La separación del objeto primario materno favorece la reintroyección, con una retención del objeto total y amplía las funciones defensivas, representativas y sintéticas del yo.

La reintroyección está asociada con el duelo por el objeto separado. También se retrotraen una multiplicidad de partes malas de objetos anteriormente proyectadas.

Durante esta etapa del desarrollo del yo, se ha ido diferenciando el self y los objetos.

La asimilación de las representaciones del self y los objetos a los afectos se da como resultado de la actividad sintética del yo. El territorio del yo se expande y sus contenidos se incrementan. El estímulo y apoyo maternal y el dominio de nuevas funciones del yo, presionan al niño a la separación - individuación hacia su autonomía.

El niño se acerca a su madre de vez en cuando para el “reabastecimiento libidinal”, ya que da por sentado su presencia emocional.

Una vez que el niño domina su locomoción y aprende a manipular, estas funciones parciales se convierten en elementos de un lenguaje cargado de significados, un llamado sin palabras requiriendo amor y elogio de la madre, una búsqueda de significados y un deseo de compartir y de expansión. La madre como catalizadora del proceso de individuación, debe ser capaz de leer el proceso primario del lenguaje. La autonomía del niño se desprende de su propio yo, si él siente un grado adecuado de aceptación emocional y un adecuado apareamiento comunicacional.

Para Arnold Modell<sup>3</sup>, el self de estos pacientes está compuesto de dos partes: una la del niño desprotegido y otra, la de quien está dotado de omnipotencia destructiva. Hay confusión o fusión entre el sentido y límites del self y el objeto es percibido de acuerdo con ciertas fantasías infantiles concernientes a la madre. El paciente posteriormente va a atribuir al terapeuta los aspectos benevolentes o

---

<sup>3</sup> Citado por Marinópulos Córdova y Ruiz Huidobro Bocklund, op.cit.(1991)

destructivos, ambos omnipotentes, de su propio self, quedándose con el sentimiento de ser un niño desprotegido cuya identidad se perderá en el objeto.

## FIJACIONES

El paciente es apresado en medio de la corriente entre dos etapas del desarrollo, se ha separado de la etapa simbiótica, pero no ha progresado plenamente a través de la separación - individuación hacia su autonomía. Esto tiene consecuencias desastrosas para el desarrollo del yo o sea permanece con una fijación oral lo cual favorece un narcisismo excesivo, que determina una **personalidad** que presenta los siguientes **rasgos**:

Las interacciones con otras personas están referidas a sí mismos en medida inusual, en realidad no establecen un verdadero compromiso con el otro, simplemente lo utilizan con fines narcisistas

Sienten gran necesidad de ser amados y admirados, presentando una curiosa contradicción entre un concepto muy elevado de sí mismos y una desmedida necesidad de homenaje por parte de los demás. Esa gran necesidad de recibir el tributo y la adoración lleva muchas veces a decir que dependen de otras personas, pero en un nivel más profundo son incapaces de depender verdaderamente de nadie debido a la desconfianza y el desprecio que sienten hacia los demás

Su vida emocional carece de hondura y sus propios sentimientos de diferenciación clara.

En particular, son incapaces de experimentar auténticos sentimientos de tristeza, duelo, anhelo y reacciones depresivas, siendo esta última carencia una característica básica de sus personalidades

Experimentan escasa simpatía hacia los sentimientos de otras personas

Disfrutan poco de la vida, más allá del tributo que reciben de los demás y de sus propias fantasías grandiosas

Caen en el desasosiego y el hastío cuando el brillo externo se desvanece y no encuentran nuevas fuentes para alimentar su autoestima. Las vivencias de vacío y hastío de estos pacientes están en íntima relación con su atrofiado desarrollo yoico que a su vez se vincula con su incapacidad para experimentar depresión

Se perciben como personas despreciables, pobres y vacías, permanentemente dejadas de lado y devoradas por la envidia hacia quienes sienten que poseen todo lo que ellos carecen. Este tipo de autoconcepto desvalorizado se observa sobre todo en los pacientes narcisistas que tienden a dividir el mundo en personas famosas y ricas y personas inútiles y “mediocres”

Tienden a idealizar a las personas de quienes esperan una gratificación de su narcisismo y a desvalorizar y despreciar a aquellos de quienes ya nada esperan (muchas veces sus antiguos ídolos). Estas personas idealizadas de las que parecen “depender” resultan ser por lo general, una proyección de la concepción grandiosa que tienen de sí mismos. Simultáneamente la tragedia del borderline consiste en que deben desvalorizar cuanto reciben para no sentir la envidia que el reconocimiento de lo valioso recibido les provocaría

En general, sus relaciones con otras personas son netamente explotadoras y a veces parasitarias

Es como si sintieran tener derecho a controlar y poseer a los demás y a explotarlos sin culpa; detrás de una fachada de encanto y simpatía se llega a percibir su naturaleza fría y despiadada

Lo que más temen estos pacientes es depender de otras personas, porque para ellos depender significa odiar, envidiar y exponerse al peligro de ser explotados, maltratados y frustrados

Poseen una capacidad pseudosublimatoria, es decir la capacidad de operar de manera activa y coherente en determinadas áreas, que les permite satisfacer en parte sus ambiciones de grandeza y obtener la admiración de los demás. Muchas veces son los genios “prometedores” que después sorprenden a los demás por la banalidad de sus logros

Es típico de estos pacientes adaptarse a las exigencias morales de su entorno, porque de no hacerlo temen ser atacados y, además, porque este sometimiento representa para ellos el precio a pagar por la gloria y la admiración. Sin embargo, es frecuente que pacientes de este tipo que nunca presentaron evidencia de comportamiento antisocial se consideran a sí mismos deshonestos y capaces de verse envueltos en actividades antisociales “si sólo tuvieran la seguridad de salir bien parados”. Es obvio agregar que también consideran a los demás deshonestos e indignos de confianza y este concepto de sí mismos y de los otros, adquiere gran importancia en la transferencia

En general, los sistemas de valores de las personalidades narcisistas son corruptibles, en contraste con la moral rígida de la personalidad obsesiva.

## RELACIONES OBJETALES PREDOMINANTES

Relación conflictiva con la madre. Sus necesidades patológicas la impulsan a no apoyar y a no estimular la separación de su hijo, desanimando las tentativas hacia su individuación, al retirarle su apoyo.

Suelen haber sido estructurados en la gratificación sin espera, sin mediatización de la carencia. Por ende, no toleran la espera, no tienen capacidad de frustración. El área específicamente patológica de las relaciones objetales internalizadas de la personalidad fronteriza, es su incapacidad para sintetizar las introyecciones e identificaciones buenas y malas. Los principales factores etiológicos parecen ser el exceso de la agresión primaria o la secundaria, o la frustración. Este déficit en dicha síntesis impide el logro de la particular capacidad afectiva yoica que permite experimentar depresión, preocupación y culpa. Las reacciones depresivas de los fronterizos asumen la forma de rabia impotente y sentimientos de derrota ante fuerzas externas, más que de duelo por la pérdida de objetos buenos y pena por la propia agresión hacia ellos mismos y hacia los demás.

## CONFLICTOS BASICOS

Conflicto entre el empuje ocasionado por el desarrollo hacia la autonomía y el retiro de los suministros emocionales maternos que este crecimiento acarrearía. El necesita de estos suministros para crecer, pero si lo hace, los suministros le serán retirados. De esta forma, surgen sus *sentimientos de abandono*.

A diferencia del niño autista o psicótico, el niño borderline ha progresado a través de la etapa simbiótica, pero la separación de su madre es sólo parcial, o ha ocurrido a costa de intensos sentimientos de abandono, miedo y depresión, que él debe reprimir. La tenacidad y energía de los mecanismos de defensa le impiden desarrollarse hacia la autonomía.

## COMPLEJO DE EDIPO

Según Kernberg lo que caracteriza a la personalidad fronteriza, en contraste con las patologías más benignas, es una específica condensación de conflictos pregenitales y genitales y un prematuro desarrollo de los conflictos edípicos a partir de la edad de dos a tres años.

Es frecuente que la historia de estos pacientes consigne experiencias de frustración extrema e intensa agresión (secundaria o primaria) en los primeros años de vida. La excesiva agresión pregenital, sobre todo la oral, tiende a ser proyectada y provoca una distorsión paranoide de las tempranas imágenes parentales, en especial las de la madre.

En virtud de la proyección de impulsos predominantes sádico-orales pero también sádico-anales, la madre es vista como potencialmente peligrosa y el odio hacia ella se hace extensivo a ambos padres, a quienes más tarde el niño experimenta como un "grupo unido".

La "contaminación" de la imagen del padre por la agresión primariamente proyectada en la madre y la indiscriminación entre ambas figuras parentales, provocada por las excesivas maniobras de escisión que impiden una diferenciación realista entre los diversos objetos, tienden a producir en ambos sexos una peligrosa imagen combinada padre-madre, como resultado de la cual todas las relaciones sexuales son vistas después como peligrosas e infiltradas de agresión.

Al mismo tiempo, se produce un prematuro desarrollo de las tendencias genitales, mediante el cual se intenta evitar la rabia y los temores orales.

En ambos sexos el exceso de agresión pregenital, y en especial de agresión oral, tiende a inducir el prematuro desarrollo de tendencias edípicas, como consecuencia de una particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales, causada por el predominio de las tendencias agresivas. Como resultado de esto, se suceden varias soluciones transaccionales patológicas que dan lugar a la típica persistencia de las tendencias sexuales perverso-polimorfas y que constituyen fallidos intentos de hacer frente a la agresividad de las tendencias genitales.

Importa destacar que la naturaleza agresiva y primitiva del superyó del paciente narcisista, deriva en última instancia del carácter netamente oral agresivo de sus fijaciones.

## IDENTIDAD "COMO SI"

La presencia de introyecciones e identificaciones contradictorias es lo que determina la cualidad "como si" de estos pacientes. Su adaptabilidad adquiere así - por la actuación de identificaciones parciales y disociadas - características de mimetismo, merced a las cuales lo que **fingen** ser es en realidad la vestidura vacía de lo que en otros momentos tienen que ser de un modo más primitivo. Este fenómeno provoca confusión a los propios pacientes.

Esta situación configura una **difusión de la identidad** (Erikson la define como la falta de un concepto integrado de sí y de los objetos totales en relación con el sujeto) que en las estructuras psicóticas se evidenciaría por una falta de diferenciación entre las representaciones del sí mismo y de los objetos, por la incapacidad para transmitir sus interacciones con los demás, no pudiendo empatizar emocionalmente ó expresando una conducta inapropiada, bizarra y desconcertante.

El mecanismo que subyace al síndrome de difusión de la identidad es la **escisión**, mecanismo que en un principio fue una división defensiva del yo por una simple deficiencia de integración y que luego cristalizó en un detrimento de los procesos de integración y la consecuente difusión de la identidad. Este síndrome, para autores como Collum, constituye la característica de los pacientes fronterizos. La mayor parte de sus conductas consiste en recurrir a actos desesperados de supervivencia, para evitar la vivencia de fragmentación total y la caída en el vacío.

## SITUACION TRAUMATICA

Está fundada en los procesos de separación e individuación, lo cual le ha generado intensos sentimientos de abandono. Los datos clínicos sugieren que hubo un trauma en la niñez etiológicamente significativo, en la mitad de los pacientes BPD. Por lo tanto la *cólera* y los comportamientos manipuladores del paciente, que crean tantos problemas en la contratransferencia para el terapeuta, pueden ser comprendidos como adaptativos y comprensibles a la luz del trauma temprano.

## ANSIEDADES BASICAS

Las ansiedades predominantes son de *fusión* (intrusión, atrapamiento, engolfamiento) o *pérdida* (aniquilamiento, abandono). Como ambos mecanismos atacan el pensamiento imposibilitando la capacidad de crear representaciones, llevando al vacío o la sensación de la muerte psíquica, es necesario establecer una organización externa relativamente estable, que pueda ser continente, “yo auxiliar”, creando un espacio seguro, básico para estructurar el Yo.

Las crisis de ansiedad y la angustia constante y flotante, que aparecen en el border ante las más pequeñas amenazas, pueden plantear problemas en la relación terapéutica, al igual que la agresión, que a menudo acompaña a la ansiedad. Si se tiene en cuenta la psicopatogénesis de las mismas, desde la segunda teoría freudiana de la angustia, los borderline no tienen mecanismo de angustia señal y por eso, el modelo de angustia traumática del Ello, amenaza de continuo con invadir al Yo.

## MECANISMOS DE DEFENSA

La mecánica de defensa primitiva del fronterizo estaría puesta al servicio de los conflictos intrapsíquicos del paciente liberándolo, pero al costo del debilitamiento del funcionamiento de su Yo, adaptabilidad y funcionalidad en la vida cotidiana. Este debilitamiento traerá como consecuencia la dependencia no consciente y labilidad en el sostenimiento de sus relaciones con los demás en tanto las mismas se caracterizan por ser caóticas y huecas.

Los intensos sentimientos de abandono deben ser reprimidos. La represión es reforzada por el acting - out, formación reactiva, mecanismos obsesivos - compulsivos, proyección, negación y el aislamiento.

Dichas defensas intentarían evitar el registro de emociones, y la capacidad de poder pensar en éstas. En este proceso se construyen objetos externos bizarros (alucinaciones y delirios) que condensan el mundo interno del paciente, expresión de sus deseos y ausencia de frustración.

Otras defensas primitivas incluyen el pensamiento mágico (creencia que los pensamientos pueden causar acontecimientos), omnipotencia, proyección (de características desagradables de uno mismo sobre otros) y la identificación proyectiva, mecanismo por el cual el fronterizo intenta poner en otros las sensaciones que está teniendo.

Para Kernberg la **escisión** es una operación de defensa esencial en la personalidad fronteriza que subyace a todas las que siguen. Este autor la define como el proceso activo por el cual se mantienen separadas las introyecciones e identificaciones de calidad opuesta. La integración o síntesis de las introyecciones e identificaciones de signo opuesto es quizás el más importante factor de neutralización de la agresión (ya que como parte de dicha integración se produce la fusión y organización de los derivados de instintos libidinales y agresivos) y una de las consecuencias de los estados patológicos caracterizados por un exceso de escisión es que no se logra un suficiente grado de neutralización, haciendo fracasar así una fuente de energía esencial para el crecimiento.

La escisión es, por lo tanto, una causa fundamental de labilidad yoica y, puesto que no requiere tanta contracarga como la represión, un yo débil es proclive a la utilización de este mecanismo, lo que crea un círculo vicioso en el cual la labilidad yoica y la escisión se refuerzan mutuamente.

En la experiencia clínica, una de las manifestaciones directas de este mecanismo, es la expresión alternada de las facetas complementarias de un conflicto, ligada con una débil negación y falta de preocupación por la contradicción, reflejada en el comportamiento, pudiendo manifestarse en una “falta de control de impulsos” *selectiva*, que se expresa en episódicas irrupciones de impulsos primitivos (Kernberg recuerda que la escisión es un mecanismo predominante en las neurosis impulsivas y las adicciones).

Quizá la más conocida manifestación de la escisión es la división de los objetos externos en “totalmente buenos” y “totalmente malos”, en la vivencia interna del paciente, lo cual trae aparejada la posibilidad de que los sentimientos acerca de un objeto y del mismo sí mismo, oscilen de manera radical y abrupta de un extremo al otro.

En la clínica, el niño que ha de transformarse en paciente fronterizo vive de momento a momento cortando activamente las conexiones emocionales entre experiencias afectivas con objetos significativos de su entorno inmediato que, de no ser disociadas, resultarían caóticas y contradictorias provocándole gran frustración y temor.

La **escisión** suele aparecer ligada con uno o varios de los mecanismos siguientes:

**Idealización primitiva:** es la tendencia a ver a los objetos externos como totalmente buenos para poder contar con su protección contra los objetos “malos”, y para asegurarse de que no habrán de ser contaminados, dañados o destruidos por la agresión propia o la proyectada en otros objetos. Esta idealización primitiva refleja la omnipotencia subyacente - otra de las defensas fronterizas - y también es la precursora de las ulteriores formas de idealización.

Tempranas formas de **proyección**, en especial identificación proyectiva: los pacientes de personalidad fronteriza suelen exhibir fuertes tendencias a la proyección.

**Negación:** en especial manifestaciones primitivas de la negación como la “negación mutua” de dos áreas emocionalmente independientes de la conciencia

(o sea que la negación refuerza la escisión). El paciente está consciente de que en determinado momento sus percepciones, pensamientos y sentimientos acerca de sí mismo y de los demás son por completo opuestos a los que tuvo en otros momentos; sin embargo, este recuerdo carece de repercusión emocional y no puede modificar la manera de sentir del paciente.

Quizás éste regrese más tarde a su anterior estado yoico y niegue el actual, pero no obstante al recordarlo, será otra vez totalmente incapaz de ligar emocionalmente ambos estados.

También la negación puede manifestarse como una simple desestimación de un sector de su experiencia subjetiva o del mundo externo. Cuando hay circunstancias que lo presionan, el paciente reconoce intelectualmente el sector negado, pero no logra integrarlo con el resto de su experiencia emocional. Todo esto difiere de la forma más sutil de este mecanismo, descrita por Freud, y caracterizada por la presencia de un contenido mental “con signo negativo”, en este caso la resonancia emocional de lo negado nunca ha tenido acceso a la conciencia y permanece reprimida. Este tipo de negación corresponde a los niveles más elaborados de este mecanismo y está relativamente cerca del aislamiento, en tanto que su nivel inferior está ligado con la escisión.

**Omnipotencia y desvalorización:** ambos mecanismos están estrechamente conectados con la escisión y son al mismo tiempo manifestaciones directas del empleo defensivo de las introyecciones e identificaciones primitivas. Los pacientes suelen alternar entre la necesidad de establecer una relación que refleja su aferramiento y sus exigencias a un objeto “mágico” idealizado, en determinados momentos, y en otros, fantasías y actitudes que revelan el profundo sentimiento de su propia omnipotencia mágica. Ambos estados representan su identificación con un objeto “totalmente bueno”, idealizado y poderoso, a modo de protección contra los malos objetos “persecutorios”. No existe verdadera “dependencia” en el sentido de amor y preocupación por el objeto ideal.

En un plano más profundo, la persona idealizada es tratada de manera despiadada y posesiva, como una extensión del propio paciente. Dicha desvalorización es en parte un corolario de la omnipotencia y como mecanismo tiene efectos muy perjudiciales sobre las relaciones objetales internalizadas y en especial sobre las estructuras que intervienen en la formación e integración del superyó.

Kernberg también incluye como muestras de BPO caótico, lazos extremos con otros; una inhabilidad para conservar la memoria calmante de amor a sí mismo; episodios psicopáticos transitorios; negación y amnesia emocional.

Cary destaca el **distanciamiento esquizoide** como una de las principales defensas de los pacientes fronterizos.

## ESTRUCTURA YOICA

Los borderline tienen un Yo débil y por lo tanto las funciones de la represión normal, disminuidas, con permanencia de los mecanismos de defensa primitivos (sobre todo disociación y proyección). Falta de confianza básica, persistencia de la disociación del objeto, con el consecuente deterioro de las relaciones objetales, regresión y negación, deterioro de las funciones sintéticas del yo, fracaso de la sublimación de los impulsos instintivos, serias dificultades con la identidad pre-edípica y sexual.

Bychowsky describió también algunas de sus características estructurales más importantes, como la persistencia de primitivos estados yoicos disociados y el clivaje de las imágenes parentales en objetos buenos y malos.

Para Kernberg estos pacientes exhiben “**distorsión yoica**” y “**labilidad yoica**”; la *distorsión yoica* se refiere a los patrones de carácter rígidos y patológicos, mientras que la *labilidad yoica* traduce la inadecuación o la ausencia de ciertas funciones yoicas normales. Los aspectos *específicos de la labilidad yoica* son: el predominio de primitivos mecanismos de defensa característicos y los rasgos patológicos y contradictorios del carácter de la personalidad fronteriza.

Estas primitivas operaciones de defensa destinadas a proteger al yo contra los conflictos intolerables y la concomitante patología de las relaciones objetales internalizadas, tienen consecuencias estructurales muy significativas.

En *primer lugar*, el concepto de sí mismo no llega a integrarse, dando lugar al síndrome de difusión de la identidad y surge una crónica tendencia a depender excesivamente de objetos externos, con el fin de lograr cierta continuidad de acción, pensamiento y sentimiento en la relación con ellos.

En *segundo lugar*, se desarrollan rasgos caracterológicos contradictorios que representan imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos, lo cual aumenta el caos de los vínculos interpersonales del futuro paciente fronterizo.

En *tercer término*, la integración del superyó sufre los efectos de la ausencia de la función orientadora que cumple una identidad yoica integrada, viéndose obstaculizada por las contraindicaciones existentes entre imágenes objetales totalmente buenas y excesivamente idealizadas y precursores superyoicos totalmente malos y sádicos en extremo.

En *cuarto lugar*, la carencia de representaciones objetales integradas impide la profundización de la empatía hacia los demás como individuos por derecho propio; la falta de integración del concepto de sí mismo obstaculiza también la plena comprensión emocional de los otros seres humanos, interfiriendo con el desarrollo de la constancia objetal y de la capacidad de formar relaciones objetales totales.

En *quinto lugar*, los aspectos inespecíficos de la fortaleza yoica (tolerancia a la ansiedad, control sobre los impulsos, capacidad de sublimación) sufren los efectos de la precaria integración del yo y del superyó. La fortaleza yoica depende de la neutralización de la energía instintiva, que tiene lugar esencialmente en el contexto de la integración de las imágenes de sí mismo y de los objetos, de origen libidinal y agresivo.

Los *aspectos inespecíficos de labilidad yoica* comprenden:

- falta de tolerancia a la ansiedad: una ansiedad mayor que la habitual provoca en el paciente la formación de nuevos síntomas, actitudes aloplásticas o regresión yoica.
- falta de control sobre los impulsos que queda demostrada por:
- los impulsos que se expresan en los episodios de comportamiento impulsivo son sintónicos con el yo;
- se repiten los mismos tipos de falta de control;
- no hay contacto emocional entre el sector involucrado de la personalidad del paciente y el resto de su vivencia de sí mismo;

- se observa una débil negación que secundariamente defiende a esta “irrupción” disociada.
- falta de capacidad de sublimación: los logros y el goce creativos son los aspectos fundamentales de la capacidad de sublimación; suelen ser los mejores indicadores de la extensión del área libre de conflictos del yo; por lo tanto, su ausencia es una señal importante de labilidad yoica.
- presencia del pensamiento del proceso primario.

**Origen de la labilidad yoica:** El yo temprano debe cumplir dos tareas esenciales en rápida sucesión:

- la diferenciación entre imágenes de sí mismo e imágenes objetales
- la integración de imágenes de sí mismo y de los objetos, de origen libidinal y agresivo.

Cuando se logra bien la primer tarea, se ha cumplido un paso crucial que diferencia entre las futuras estructuras yoicas psicóticas y no psicóticas. Con la integración, comienza a desarrollarse la tolerancia a la ambivalencia. El concepto integrado de sí mismo y las representaciones objetales integradas vinculadas con aquél constituyen la identidad del yo en su sentido más amplio.

El problema para lograr la integración radica en que las imágenes de sí mismo y objetales de origen agresivo y las imágenes de sí mismo y objetales totalmente buenas y defensivamente idealizadas son tan intensas que su integración se hace imposible.

Conciliar imágenes de sí mismo y de objetos significativos radicalmente opuestas, unas cargadas de amor y otras de odio, desencadenaría un monto intolerable de ansiedad y culpa, debido al peligro que ello encierra para las relaciones con los objetos buenos internos y externos; se produce por lo tanto una activa separación de carácter defensivo entre las imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos; en otras palabras, la disociación o *escisión primitiva* se convierte en la principal operación de defensa.

## AFECTOS PREDOMINANTES

La **ira** es el único o principal afecto, observándose también defecto en las relaciones afectivas, ausencia de indicadores de autoidentidad y soledad depresiva.

El aumento del montante de las ansiedades de engolfamiento y de abandono, produce un aumento de los sentimientos de desvalorización, depresión, agresión, hipocondriasis e hipomaniasis, en el sentido de Kernberg.

Otro sentimiento frecuente de observar es la confusión, que ocurre, a veces, frente a la vivencia de pérdida del objeto valorizado y que es expresión del fracaso de la disociación.

## SINTOMAS CLINICOS

Las actuaciones son el máximo exponente clínico, en la conducta, del fenómeno esquizoide (en el sentido de Fairbairn, de doble disociación, en el Yo y en el objeto). En la actuación se disocia y se proyecta el objeto malo (Melanie Klein), rechazado (Fairbairn), desvalorizado (Whitaker) y sobre todo, la relación con el objeto bueno en el analista en la transferencia (sobre el que se ejerce un control omnipotente porque lo protege del suicidio, homicidio, accidente y la psicosis).

Las actuaciones pueden ser en los pacientes borderline, una defensa, como último recurso, para evitar la psicosis, la que aparece cuando fracasa la disociación, y sucede la proyección (la identificación proyectiva masiva y brusca en el sentido de Bion). Por esto las actuaciones, se suelen ver en la clínica como los prodromos de las psicosis esquizoafectivas (equiparables a la psicosis reactiva breve del DSM-IV).

En estas actuaciones de los borderline, además de la descarga, hay un intento penoso y fallido de adquirir representatividad psíquica el trauma (discarencia afectiva) y suelen ser una forma de comunicación preverbal, un pedido de ayuda, por parte del paciente.

Freud mostró que la resistencia del Ello es la compulsión a la repetición, la que se traduce en la transferencia en “repetir para no recordar”. En el borderline, el motor de la compulsión a la repetición, son las ansiedades de engolfamiento, y sobre todo, las ansiedades de abandono (desvalorización), en categorías psicoanalíticas, y la depresión (agresión), en categorías psiquiátricas, los que, en la conducta, se traducen en actuaciones “actuar para no recordar”: la discarencia afectiva, “actuar para no sentir” (el abandono, la desvalorización, la depresión, la agresión, etc.).

## MODELOS DE VINCULOS

A pesar de los graves daños en las funciones del yo, hay adaptación del paciente a las demandas del medio (tiene una conducta convencional).

Con el terapeuta entabla según Rosenfeld, una relación que él denomina de **analista inodoro**: todo lo desagradable se descarga en el analista y el paciente se atribuye a sí mismo todo lo bueno que resulte de la relación.

Según Rosenfeld estas personalidades han introyectado en forma omnipotente un objeto parcial, primitivo, totalmente bueno y/o han proyectado en forma omnipotente su propio sí mismo hacia dentro de tal objeto negando así cualquier diferencia o separación entre el sí mismo y el objeto. Esto permite a dichos pacientes negar cualquier necesidad de dependencia del objeto externo. La dependencia implicaría la necesidad de un objeto amado y potencialmente frustrante que también es intensamente odiado.

Los vínculos interpersonales en el BPD son inestables. Típicamente, los pacientes fronterizos tienen problemas serios con los límites. Se vinculan rápidamente con la gente, y se decepcionan rápidamente también. Hacen grandes demandas a la gente y fácilmente se asustan de ser abandonados por los que los rodean. Su vida emocional es una especie de roller coaster.

Es importante destacar que las características principales de los trastornos limítrofes se encuentran representadas por la diferenciación de las representaciones objetales del **sí mismo**, mantenimiento de la prueba de realidad y la falta de integración en la síntesis del sí mismo y de los demás significantes (entendiendo al sí mismo como la suma total de representaciones integradas del sí a través de todas las etapas del desarrollo).

La integración de las representaciones del sí mismo buenas o malas en un concepto realista del sí mismo que incorpore, más que disocie, las variadas representaciones componentes del sí mismo, es un requisito para la carga libidinal de un sí mismo normal. Este requisito explica la paradoja de que la integración de amor y odio es un prerrequisito de la capacidad para el amor normal.

## RASGOS CARACTEROLOGICOS

Las características de las relaciones objetales internalizadas se reflejan en los típicos rasgos caracterológicos de la personalidad fronteriza:

Poseen escasa capacidad para evaluar de manera realista a los demás y para entablar con ellos una relación de verdadera empatía; experimentan a las otras personas como objetos distantes a quienes se adaptan de un modo “real” siempre que no tengan un compromiso emocional con ellos.

Tienen incapacidad de vivenciar o empatizar con los demás, una percepción distorsionada de éstos y superficialidad en sus vínculos emocionales.

Otro rasgo es la manifestación más o menos sutil o grosera, de sus objetivos pregenitales y genitales, que están fuertemente infiltrados de agresión. Es posible detectar con relativa facilidad sus tendencias explotadoras, sus irrazonables demandas y la manipulación de que hacen objeto a los demás sin consideración ni tacto alguno. En este sentido ocupa un lugar preponderante la tendencia a desvalorizar a los objetos.

Superficialmente, estos pacientes suelen experimentar sentimientos de inseguridad, incertidumbre e inferioridad respecto de sus capacidades y en su trato con los demás. En un plano más profundo, bajo estos aspectos se observan fantasías omnipotentes y algo así como un ciego optimismo basado en la negación y un profundo convencimiento de que tienen derecho a explotar a los demás y a ser gratificados. O sea que los sentimientos de inferioridad representan a menudo un estrato superficial secundario que oculta los rasgos narcisistas del carácter.

## PSICODIAGNOSTICO

Al examinar clínicamente el estado mental de pacientes fronterizos, rara vez se detecta una alteración formal de sus procesos de pensamiento. En cambio, empleando tests proyectivos y sobre todo en respuesta a estímulos no estructurados, tienden a surgir evidencias del pensamiento de proceso primario, que se manifiestan como fantasías primitivas, disminución de la capacidad de adaptarse a los datos formales de los tests y, en especial, el uso de peculiares verbalizaciones.

Es importante destacar que la regresión al pensamiento de proceso primario sigue siendo el más importante de los indicadores estructurales individuales de la organización fronteriza.

Los tests psicológicos de los pacientes fronterizos revelan la ausencia del normal predominio de las tendencias genitales heterosexuales por sobre los impulsos polimorfos parciales. Sobre la base de dichos tests, se suele decir que estos pacientes presentan una “falta de identidad sexual”, lo cual es probablemente una denominación errónea dado que si bien es cierto que adolecen de difusión de la identidad, este síndrome se remonta a orígenes más precoces y complejos que los de la simple ausencia de diferenciación de una determinada orientación sexual.

Su “falta de identidad sexual” no refleja una falta de definición sexual, sino la combinación de varias poderosas fijaciones tendientes a hacer frente a los mismos conflictos.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Mientras que generalmente es posible identificar las principales diferencias entre la organización fronteriza de la personalidad y los estados psicóticos, resulta más difícil identificar las existentes entre la BPD y las neurosis.

Es necesario diferenciarlo del trastorno bipolar mixto, ya que debe tenerse en cuenta que el aspecto depresivo del trastorno borderline de la personalidad se caracteriza por cambios de un día para el otro (o de una hora para otra), mientras que el acceso bipolar mixto aparece más frecuentemente como un episodio discreto - con un principio y un final bien marcados - y un curso relativamente estable durante el episodio.

La característica que más ayuda al diagnóstico diferencial es la reactividad del borderline, dado que se observa que los cambios de ánimo están relacionados con acontecimientos que evocan la vivencia de abandono. Por otra parte, en los enfermos bipolares es más frecuente la alteración marcada del apetito y el sueño. La ausencia de factores precipitantes y la historia familiar positiva para el trastorno bipolar, también orientan al diagnóstico de trastorno borderline.

Algunos investigadores, como Judith Herman, creen que el BPD es un nombre dado a una manifestación determinada del desorden post-traumático de la tensión (PTSD): en Trauma y recuperación, ella teoriza que cuando el PTSD toma una forma que acentúa mayormente los elementos del disturbio de la identidad y del vínculo, ella confirma el llamado BPD; cuando se acentúan los elementos patológicos somáticos, entiende que el cuadro que aparece es histeria.

El diagnóstico diferencial con respecto a la personalidad histérica es sencillo dado que si bien en la histeria se suele observar una exacerbación de los rasgos narcisistas, especialmente los vinculados con las tendencias exhibicionistas, su necesidad de ser admirados y de convertirse en centro de atención - por lo general una formación reactiva narcisista contra la envidia del pene - está acompañada de la capacidad de establecer vínculos profundos y duraderos con los demás.

Otra característica para el diagnóstico diferencial son los distintos comportamientos de los pacientes ante el acto terapéutico de la interpretación de las defensas. En los pacientes fronterizos la interpretación de las primitivas defensas predominantes tiende a fortalecer el funcionamiento yoico y la prueba de realidad, mientras que en los pacientes psicóticos puede incrementar la regresión poniendo en evidencia la subyacente falta de diferenciación entre sí mismo y no-sí mismo, de la cual dependen a su vez, la posibilidad de discernir entre percepciones y fantasías, entre percepciones intrapsíquicas y percepciones de origen externo. La pérdida de la prueba de realidad en cualquier sector es indicio de funcionamiento psicótico.

Otro rasgo que diferencia el tratamiento de las personalidades narcisistas, lo constituye su total incapacidad de vivenciar al analista como un objeto independiente, incapacidad que persiste aún después de muchos meses y años de labor analítica y que contrasta de manera radical con las relaciones transferenciales que se observan en otras formas de patología caracterológica, en las cuales la transferencia suele pasar a revelar diferentes conflictos altamente específicos correspondientes a diversos niveles de desarrollo psicosexual, en cuyo contexto el paciente discierne claramente al analista como objeto independiente.

Desde el punto de vista estructural, la principal diferencia entre las personalidades narcisistas y otras modalidades de patología caracterológica, radica en la naturaleza y las funciones del ideal del yo.

En los desórdenes caracterológicos no narcisistas, el excesivo desarrollo de las defensas narcisistas es el resultado de una exacerbación del ideal del yo de la

temprana infancia, que defiende del temor y la culpa provocados por múltiples conflictos.

Por el contrario, en las personalidades narcisistas, la exacerbación o la fijación del ideal del yo infantil va acompañada de la primitiva fusión del concepto de sí mismo del paciente con ese ideal del yo y de la concomitante desvalorización de las representaciones objetales y de los objetos externos y tiene por objeto defender al paciente contra primitivos conflictos y frustraciones de tipo oral.

## DESCOMPENSACIONES BORDERLINE

Los pacientes de personalidad fronteriza pueden sufrir episodios psicóticos pasajeros cuando se encuentran en situaciones de gran tensión o bajo los efectos del alcohol o las drogas.

Las descompensaciones clínicas de los borderline son dos: *actuaciones y psicosis esquizoafectivas* y constituyen la expresión clínica de un aumento del montante de las ansiedades de engolfamiento y de abandono o separación. Constituyen una técnica para mantener (en las actuaciones) o para recuperar, una relación objetal valiosa (en las psicosis). En los tratamientos psicoanalíticos dicho objeto valorizado puede ser el analista en la transferencia.

Tanto el conflicto esquizoide, en el sentido de Fairbairn, como la fase de separación - individuación, en el sentido de Mahler, son situaciones pre - edípicas universales, que, frente a experiencias de acercamiento afectivo, por un lado, y de abandono por el otro, se repiten a lo largo de toda la vida del hombre.

Las pérdidas del objeto valorizado, en los borderline, que activan el conflicto esquizoide, están referidas, casi siempre, en el contenido manifiesto, a la sexualidad y al trabajo y en el contenido latente, en ambos casos, a una disminución de la autoestima, siempre mal regulada en estos pacientes.

Las situaciones de acercamiento afectivo como por ejemplo, durante el proceso analítico, situaciones de éxito del paciente que hacen que se sienta más próximo al analista pueden también ocasionar, a través de un aumento de las ansiedades de engolfamiento, descompensaciones en los pacientes borderline.

Un encuadre y un contrato claro, que a la par que ponen límites, dan un continente y favorecen el sentido de realidad, la observación de la neutralidad analítica, la interpretación de la transferencia - inclusive la negativa -, son pilares técnicos a observar a ultranza, cuanto más grave sea el borderline, para evitar las descompensaciones.

Las **actuaciones** más comunes que dan lugar a la medicación, y a la internación, de los pacientes en análisis, pueden ser provocadas por la pérdida del control omnipotente del objeto valorizado analista, constituyendo verdaderas formas clínicas de ansiedades de abandono y se las puede esquematizar en:

Suicidio, homicidio y accidente.

Drogadicción: es una actuación en la cual la droga acentúa los fenómenos disociativos a la par que, por efecto químico, produce confusión. Psicoanalíticamente todas las drogas acentúan el fenómeno esquizoide, por eso se suele decir que el adicto es “un borderline farmacológico”.

Promiscuidad sexual: hetero u homosexual (evaluar riesgo en venéreas, SIDA, etc.).

Accidentofilia.

Trastornos en la alimentación (bulimia y sobre todo anorexia).

Suicidofilia.

Fugas.

Actuaciones múltiples: son formas combinadas de las actuaciones anteriores. Suelen verse en las neurosis impulsivas descompensadas<sup>4</sup>.

Las actuaciones, en especial las múltiples, se traducen en severos ataques al “setting” o sea en “acting-in” y en “acting-out” que al ser sostenidas en el tiempo, pueden configurar una forma clínica de lo que Menninger denomina “suicidio crónico”.

En síntesis, las actuaciones son la máxima expresión del fenómeno disociativo: cuando fracasan, dan lugar a la confusión y a la proyección, o sea a la productividad psicótica.

## CUADROS BORDERLINE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Con respecto a los cuadros borderline en los niños y adolescentes, nos señala la Dra. Frijling, que desde el punto de vista metapsicológico hay en los estados fronterizos una fluctuación en la severidad de la regresión, y parte de las funciones del yo permanecen intactas. En las psicosis, especialmente la prueba de realidad está completamente perturbada. También observó que los pacientes borderline desarrollan un especial interés por un área determinada, por ejemplo: conocer todas las cosas acerca de la Zoología Paleontológica, pero nada acerca del mundo en que viven.

El niño psicótico sólo alcanza la etapa del objeto de la satisfacción de la necesidad; en cambio el niño fronterizo puede obtener alguna constancia objetal. Sus relaciones de objeto permanecen muy dependientes y el objeto constante es muy vulnerable. La experiencia interna de tenuidad en las relaciones de objeto contribuye a su ansiedad básica.

Estos niños mantienen relaciones simbióticas y dependencia muy marcada con unos pocos objetos, y muestran rasgos fetichistas, pudiendo el fetiche representar un objeto transicional. Pueden sufrir de micropsicosis, que desaparece de manera instantánea si el niño es comprendido. Una de las tareas fundamentales es la de ayudar a los padres de los pacientes fronterizos a no exigir ni empujar a estos niños a ciertas cosas que por su vulnerable organización no están en condiciones de hacer.

En el fronterizo existe la amenaza de quedar abrumado y atrapado por el objeto, pero puede usar el pensamiento verbal en un intento para alcanzar dominio, y hasta puede utilizar intereses intelectuales en su esfuerzo por mantener su integración; que junto a patrones extremos de conformidad con el medio, le permite llegar a la pubertad, donde recién son diagnosticados al descomponerse.

Son pacientes que pueden permanecer sin ser diagnosticados y tratados hasta el comienzo de la pubertad. La autora citada, tuvo oportunidad de ver púberes borderline que de hecho lo fueron de niños y cuyo desarrollo patológico permaneció inadvertido.

---

<sup>4</sup> Para Otto Fenichel son aquellas en las que no se tolera la menor tensión, en donde todo se debe conseguir inmediatamente, dado que toda excitación se vive como un trauma.

Señala que los adolescentes pueden regresar a estados fronterizos durante la fase de desintegración de la adolescencia, y esto puede indicar una fijación a la etapa simbiótica que permanece como un núcleo frágil en la personalidad; tal estado puede ser pasajero como otros trastornos evolutivos en la adolescencia, pero también puede significar el comienzo de una enfermedad esquizofrénica.

La Dra. Frijling también pudo observar que algunos pacientes borderline se manejan en la vida adulta sobre la base de la dependencia para elegir una pareja; por ejemplo, que el partenaire se mantenga jugando el rol de un padre siempre disponible.

Como las relaciones de objeto permanecen en el nivel de la separación-individuación, es imposible llevar a cabo un desarrollo maduro, y es por esta razón que la sexualidad de estos pacientes muestra una variedad de rasgos perversos.

Por eso mismo la autora sugiere tener un especial cuidado con ellos en el manejo de la transferencia, pues cualquier intento de abordar estos conflictos puede dar lugar a explosiones psicóticas.

En el proceso diagnóstico, la fluctuación entre un funcionamiento autista o simbiótico y un mayor nivel de desarrollo, es uno de los factores que incrementa la confusión para establecer un diagnóstico diferencial.

Tanto la psicosis como los estados borderline pueden ser vistos como detenciones del desarrollo en la fase simbiótica, y la autora nos señala que depende del curso evolutivo que en un caso se obtenga como resultado una psicosis autista, en otro una psicosis simbiótica con mayor o menor número de rasgos autistas, o un estado borderline; y nos dice que, aunque su experiencia es limitada, no ha visto una completa recuperación en los casos fronterizos infantiles; la mayoría de los observados por ella han permanecido fronterizos a lo largo del tiempo, y frente a situaciones de stress podían hacer fácilmente una crisis psicótica.

Finalizamos nuestra presentación del pensamiento de la Dra. Frijling transcribiendo el cuadro sinóptico donde agrupó sus criterios para el diagnóstico diferencial entre psicosis, neurosis y cuadros fronterizos en la infancia.

	<b><i>PSICOSIS INFANTIL</i></b>	<b><i>ESTADOS BORDERLINE INFANTILES</i></b>	<b><i>NEUROSIS</i></b>
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>Inmanejable en la casa</b>	<b>Conductas incomprensibles</b>	<b>Toda clase de dificultades</b>
<b>DESCRIPCIÓN DEL NIÑO</b>	<b>Extraño</b>	<b>Extraño</b>	<b>Toda clase de descripciones</b>
<b>INFLUENCIAS AMBIENTALES</b>	<b>Sobrestimulación. Falta de contacto o contacto anormal</b>	<b>Sobrestimulación. Falta de contacto o contacto anormal</b>	<b>Relaciones neuróticas familiares (menos intensas que en la</b>

<b>EVOLUCIÓN DEL NIÑO</b>	<p>Ninguna fase real dominante. Muchos rasgos de fases tempranas, las fases se superponen y confunden. Serias dificultades en la transición de una fase a la otra siguiente.</p> <p>Distribución anormal de la libido con falta de catexis objetual u objetos catectizados con libido narcisista. Preferencia por objetos inanimados. Intensa catexis del self. Excitación crónica.</p>	<p>Ninguna fase real dominante. Fases del desarrollo superpuestas y confundidas. Dificultades en el pasaje de una fase a la otra. Menores disturbios en la distribución de la libido que en la psicosis. Dependencia muy marcada a unos cuantos objetos. Relaciones simbióticas. Intensa catexis del self, pero menor excitación crónica. Poca vitalidad. Algunos rasgos fetichistas. El fetiche puede representar un objeto transicional o una identificación primitiva con una persona, o ciertos aspectos asociados a una persona.</p>	<p>psicosis o en los borderline)</p> <p>Existencia de una fase dominante. Conflictos que emanan de la fase edípica. Regresión. Catexis de objetos. La autoestima puede ser perturbada por conflictos neuróticos.</p>
<b>AGRESION</b>	<p>Alto grado de impulsividad, peligroso para sí mismo y para los que lo rodean.</p>	<p>Menor agresión directa. Impulsos explosivos.</p>	<p>Difícil control de la agresión, sólo peligrosa para sí. Tend. suicidas y a los accidentes.</p>
<b>CONFLICTOS</b>	<p>Severos conflictos intrasistémicos. Masculino-femenino. Activo-pasivo. Falta de conflictos intersistémicos.</p>	<p>Conflictos intersistémicos e intrasistémicos.</p>	<p>Conflictos intersistémicos e intrasistémicos.</p>
<b>DESARROLLO DEL YO</b>	<p>Perturbaciones específicas de la integración y de la</p>	<p>Perturbaciones específicas en la integración. La</p>	<p>Perturbación de la integración y de la prueba de</p>

<p>prueba de realidad. No hay distinción entre el self y la representación de los objetos. Detención en la diferenciación y percepción del objeto. El lenguaje no es usado como un medio de contacto con los objetos. Concretismos y neologismos. La falta de contacto humano puede persistir y esto puede llevar a procesos restitutivos. Falta principalmente el proceso 2rio.</p>	<p>prueba de realidad está menos perturbada que en las psicosis. Hay diferenciación entre el self y la representación de los objetos, pero con una tendencia a la regresión y a la confusión. Perturbación del uso del lenguaje como medio de contacto. A menudo fuerte necesidad de contacto. Ideas de grandeza pero sin constantes ilusiones y alucinaciones como en la psicosis. El pensamiento del proceso 2rio. Es usado defensivamente</p>	<p>realidad, sólo en la formación del síntoma. El lenguaje es usado como medio de contacto. Continuo uso del proceso secundario.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**DEFENSAS**

<p>Predominantemente la proyección e introyección primitivas. Se agregan a éstas conductas rituales y estereotipadas, usadas como defensa contra la desintegración. Puede faltar ansiedad abierta pero hay explosiones de pánico y conductas impulsivas.</p>	<p>Son usados toda clase de mecanismos de defensa. Hacen mayor uso de la proyección e identificación primitivas que en la neurosis. Desplazamientos fóbicos y síntomas obsesivos. Las defensas no son efectivas. Panansiedad.</p>	<p>Toda clase de mecanismos defensivos son combinados en la organización defensiva. Ellos pueden persistir detenidos dentro de la estructura.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SUPERYO  
SUPERYO**

<p>No estructurado. Ansiedad arcaica proyectada en el mundo externo</p>	<p>Estructura primitiva del superyo. Muy dependiente de los objetos externos. Alguna internalización</p>	<p>Estructurado, con mayor internalización de conflictos.</p>
-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

<b>TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN</b>	<b>Muy baja</b>	<b>con tendencia a la regresión y a la reexternalización. Puede ser alta, fuera de situaciones traumáticas específicas.</b>	<b>Puede ser alta o baja</b>
<b>TENDENCIAS PROGRESIVAS</b>	<b>Marcada oposición al cambio. Todos los pasajes evolutivos pueden conducir a severas regresiones.</b>	<b>Mucha ansiedad frente a cambios en el desarrollo. Peligro de crisis psicóticas si son empujados a asumir tales cambios. Especialmente si se refieren a relaciones de objeto adultas y a experiencias sexuales.</b>	<b>Si las relaciones de objeto adultas y experiencias sexuales son alcanzadas, pueden actuar ayudando a la mejoría y recuperación.</b>

## BPD Y DROGAADICCION

En el uso indebido de drogas, es imprescindible hacer una diferenciación entre estructuras psicóticas y narcisistas no psicóticas.

En las primeras, el síntoma *uso indebido de drogas* se ubica en el plano de la restitución. Algo que no está, es recreado a partir de, por ejemplo, ideas delirantes o alucinaciones.

Cosa muy diferente pasa en el segundo caso, en donde el adicto borderline intenta desbloquear su psiquismo, observándose claramente la fascinación narcisista a la que alude el mito. Se ve muy nítidamente en el plano afectivo, donde lo no sentido es artificialmente percibido, droga mediante. La droga, mientras dura su efecto, cumple la función de reasegurar la autoestima deficiente que presenta el borderline por las relaciones familiares patológicas.

También en ocasiones, la droga constituye el intento del borderline por romper con la dependencia respecto del objeto simbiótico (generalmente la madre).

### TERAPIA

#### Farmacoterapia

Las intervenciones psiquiátricas durante la psicoterapia son motivadas por el alto riesgo, para sí y para terceros, que las actuaciones y las psicosis esquizoafectivas de los borderline, implican (suicidio, homicidio, accidente).

Dentro de lo posible, no se debe introducir un medicamento hasta que no se haya consolidado un vínculo de confianza de ambas partes, para evitar la manipulación de la medicación.

Además, es importante que intervengan dos profesionales, el psicoterapeuta y el psiquiatra, porque de esta manera se evitan la aparición de nuevas variables en el tratamiento, de por sí muy accidentado, de estos pacientes.

Dada la predisposición a sufrir episodios de despersonalización y desrealización, es frecuente observar fenómenos colaterales adversos de la medicación que merecen particular atención.

La medicación puede convertirse en una forma central de representación (abusos toxicofílicos, intentos de suicidio) relacionados con el devenir de su terapia individual.

Dado que el “motor” de los sentimientos y afectos de los borderline (agresión, confusión, hipocondriasis, hipomaniasis, etc., al igual que algunas fobias y obsesiones) es la **depresión**, los antidepresivos son los fármacos de elección aunque en ciertos momentos de la evolución del cuadro se puede recurrir a las benzodiacepinas, los neurolépticos y los anticonvulsivantes.

La explicación psicoanalítica del empleo de los antidepresivos en patología borderline, como fármaco de primera elección, se basa en el concepto de Melanie Klein, difundido en nuestro medio por Pichón Riviere y Bleger, de que la enfermedad mental es la expresión clínica de la posición depresiva, una verdadera defensa frente a la depresión. Esto plantearía la duda desde un punto de vista metapsicológico, de si los afectos antes considerados, agresión, manía, hipocondría, etc., y que tienen como sustrato la depresión, son para evitar la depresión (porque los borderline no pueden deprimirse) o para salir de la depresión. En este último caso, los afectos, serían la consecuencia de una técnica de relación objetal para recuperar la relación con el objeto y salir de la depresión, formando el afecto parte de esta técnica.

Los medicamentos ansiolíticos - benzodiacepinas, neurolépticos- pueden empeorar al paciente borderline porque, por mecanismo químico, pueden acentuar la confusión y la depresión. Además, las benzodiacepinas pueden producir descontrol afectivo con agresión y sobre todo, adicción, por eso Kernberg, en los borderline proscribe emplearlas por más de 4 - 6 semanas.

Al medicar se deben evaluar dos variables psicoanalíticas que se contraponen:

La enfermedad mental es un intento de recatetización objetal (Freud);

La productividad psicótica defectúa aun más al yo (Kernberg)

El hecho de que sean dos los profesionales que atienden al borderline en los casos de medicación, favorece la disociación y por eso puede disminuir la productividad psicótica.

## 2. Técnicas biológicas

Las técnicas biológicas como la Electro Convulsivo Terapia empleada por los psiquiatras que ven en ella una alternativa pensable, es utilizada como tratamiento en los siguientes casos:

1) Si la medicación y los abordajes terapéuticos fallan luego de 6 meses.

Si las condiciones del paciente demandan una inmediata remisión, como serían intentos de suicidio impulsivos y de serias consecuencias.

En pacientes que no pueden tolerar medicación.

Según Basili, la mejoría sintomática del electroshock hay que interpretarla psicoanalíticamente como el “pozo de víboras” de la Inglaterra del siglo XVII, donde se suspendía a los psicóticos, sin dejarlos caer: el contacto con las víboras obligaba a los pacientes a relacionarse con la realidad exterior, y así cesaba el mecanismo de la desmentida y la productividad psicótica.

### 3. Psicoterapia

La terapia psicodinámica individual se centra en lograr habilidades para hacer frente a los resultados de su comportamiento, se recomiendan dos o tres veces semanales y se focaliza en las experiencias internas y los vínculos del paciente, además de los comportamientos autodestructivos.

Los pacientes fronterizos mejoran generalmente con el **encuadre**. El encuadre es la condición para desarrollar **relaciones de objeto**, ya que el gran peligro que posee esta patología es la incapacidad de representarse a sí mismo. Se logra a través de alguien que los reconozca, ya que la alteridad es lo que permite identidad.

Bleger propone la existencia de **dos encuadres**: el del paciente, que es la fusión más primitiva con el cuerpo de la madre, y el del terapeuta, que debe servir para restablecer la simbiosis original con el fin de modificarla. Este último no debe ser ambiguo, cambiante o alterado.

El terapeuta necesita tener claro acerca de cómo programar las sesiones, la longitud de las mismas (claridad que incluye cuando la sesión comienza y termina) y acerca del pago de honorarios. Éstas son las clases de arreglos estructurales que proporcionan una cierta estabilidad al tratamiento y realzan la eficacia de la terapia.

Abraham, en 1919, en su estudio sobre las resistencias transferenciales de estos pacientes, alertó al terapeuta acerca de los peligrosos efectos que ejercen las defensas caracterológicas narcisistas sobre el proceso analítico. Subrayó la necesidad de interpretar sistemáticamente las tendencias del paciente a desvalorizar al analista y a utilizarlo como espectador de su propio trabajo “analítico”.

En su clásico trabajo sobre la reacción terapéutica negativa, Rivière se refirió a pacientes que necesitan malograr el proceso analítico; no pueden tolerar la idea de progreso porque ello equivaldría a reconocer la ayuda recibida de otros. Según ella, estos pacientes son incapaces de recibir algo bueno del analista debido a la culpa insoportable que les provoca su propia agresión básica.

Rosenfeld destacó el papel esencial que desempeña la incapacidad de depender en los pacientes de personalidad narcisista.

A partir de los primeros tiempos de la investigación sobre el BPD, la búsqueda de un síntoma patognomónico ha sido un problema central, hallándose a la **rabia** o **ira**, como el principal. Los pacientes permanecen enojados mucho tiempo y los

terapeutas pueden tomar cierta distancia afectiva como represalia. El tratamiento se allanará más si el terapeuta puede sostener su firmeza y permanecer en una posición intermedia entre retirarse o tomar represalias (lo que se entiende como evitar actuar la contratransferencia).

El terapeuta debe ayudar a los pacientes fronterizos extremadamente impulsivos a observar la conexión existente entre su acción impulsiva y un estado interno que implica sensaciones y pensamientos. Es importante buscar un acoplamiento entre el comportamiento y el acontecimiento, o una sensación sobre el acontecimiento, buscar asimismo, desarrollar la capacidad para pensar acerca de sí mismo y de los otros y para construir sensaciones, creencias, intenciones y otros estados psicológicos.

Acerca de los límites, Waldinger sugirió que para reconocer qué comportamientos necesitan ser limitados, se reconozcan los acting out que amenacen la seguridad del paciente, del terapeuta o de los que lo rodean. El ambiente de holding supone desde ya la necesidad de fijar claramente los límites, más allá de las interpretaciones del significado de sus conductas.

En el tratamiento en Menninger se estudia qué clase de intervenciones terapéuticas parecen facilitar una alianza terapéutica mejor con los pacientes fronterizos. Hallaron que en los pacientes con trauma temprano, la interpretación de la transferencia de la agresión del paciente hizo deteriorar la alianza, porque los pacientes experimentaron la interpretación como carencia del reconocimiento de los tormentos verdaderos en los que estaban implicados.

Masterson concibe una psicoterapia específicamente orientada a resolver la aguda crisis sintomática (la depresión de abandono), así como a corregir y reparar los defectos yoicos que se asocian con la fijación al narcisismo oral, estimulando el crecimiento a través de las fases de separación e individuación hasta llegar a la autonomía.

Desde el punto de vista de Winnicott se considera que durante la psicoterapia existen diferentes momentos, y de acuerdo a este autor, se debe acceder al inicio a **recrear la ilusión de la completud narcisística**, volver al punto necesario para la constitución de la síntesis del Yo, ofreciéndose el equipo terapéutico como sostén, protector no sólo de los peligros externos sino de los peligros internos que lo abrumen. Sólo así, se podrá acceder posteriormente a una etapa tendiente a la discriminación buscando restaurar las perdidas fuerzas del Yo.

Por otra parte, otros estudios encontraron que la validación de la opinión del paciente desde una cierta perspectiva mejoró la alianza. Lo importante es reconocer que algo en el pasado le ha sucedido, a lo cual ha reaccionado con rabia y así poder trabajar junto al paciente con una meta en común en vez de entablar el desacuerdo.

Las interpretaciones de la transferencia son más eficaces cuando una serie de intervenciones de apoyo crean un clima en el cual el paciente puede validar las observaciones del terapeuta.

Es importante en el abordaje terapéutico la capacidad del psicoterapeuta para ayudarlo a encontrar el sentido al dolor intolerable y desorganizador del aparato

psíquico que muchas veces sufren los borderline, a fin de transformarlo en tolerable y poder utilizarlo posteriormente en motor de crecimiento.

Mientras el paciente se encuentra en un proceso regresivo de dependencia absoluta, la capacidad del terapeuta de tolerar la experiencia de fusión queda puesta a prueba y también es frecuente que el paciente explore la capacidad del terapeuta para sobrevivir a asaltos agresivos.

Winnicott, Green y otros autores recomiendan que se debe ser capaz de aceptar esos estados informes para traducirlos y adoptar una actitud no intrusiva, sabiendo suplir verbalmente la carencia de los cuidados maternos con el fin de asistir a la emergencia de una relación entre el Yo y el objeto.

Los consejos y la idealización del analista, acentúan los fenómenos disociativos: los aspectos malos, rechazados, desvalorizados del objeto pueden ser proyectados, en el analista, en la transferencia o en un tercero excluido y promueven las actuaciones dentro y/o fuera de la sesión.

**Es importante no dar consejos** aunque el borderline “lo pida a gritos” y analizar el sometimiento que subyace a la idealización, y la agresión y la relación narcisista de objeto que se esconde bajo el sometimiento, al igual que la culpa persecutoria, que subyace a la agresión. Todo esto se puede hacer analizando la transferencia negativa en transferencia positiva.

La labor del analista no debe ser, tapar la angustia del paciente borderline e “intoxicar al Yo” con medicamentos, sino ayudar a que el paciente desarrolle el mecanismo de **angustia señal**, enseñándole, en la transferencia, a “domar”, como diría Freud a la angustia del Ello y transformarla en angustia del Yo. Esto se logra merced a la labor interpretativa, centrada en la interpretación transferencial de la intolerancia del paciente borderline, a las pérdidas de objeto y a la frustración, lo que se traduce en agresión y angustia.

Para Kernberg la terapia ideal para estos pacientes, es la que pone el acento en la interpretación de las resistencias y de la transferencia y en el mantenimiento de una posición esencialmente neutral por parte del analista. Los requisitos técnicos que propone para la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes fronterizos son:

Elaboración sistemática de la transferencia negativa en el “aquí y ahora” únicamente, sin tratar de llegar a reconstrucciones genéticas completas.

Interpretación de las constelaciones defensivas a medida que se manifiestan en la transferencia negativa.

Fijación de límites con el fin de bloquear la actuación de la transferencia y estructuración de la vida del paciente fuera de las sesiones en la medida necesaria para proteger la neutralidad del analista.

No interpretación de los aspectos más moderados y de origen menos primitivos de la transferencia positiva, con el propósito de favorecer el gradual desarrollo de la alianza terapéutica.

Prestar constante atención a la particular cualidad de la transferencia y contrarrestar de manera sistemática las tendencias al control omnipotente y la desvalorización por parte del paciente.

Asimismo, es importante que esté alerta a las reacciones contratransferenciales que van aflorando con el tiempo; debe incorporar la contratransferencia al

proceso analítico, no revelándole al paciente sus propias reacciones, sino infiriendo de éstas cuáles son los propósitos ocultos de la conducta del paciente. Puesto que estos pacientes tratan al analista como una extensión de ellos mismos, la vivencia emocional de éste refleja con más fidelidad que en otros casos las luchas internas del paciente; de ahí que las reacciones contratransferenciales sean especialmente reveladoras en el tratamiento de personalidades narcisistas.

Un problema técnico cuyo manejo plantea especiales dificultades al terapeuta es el de los repentinos “cambios de onda” en la actitud emocional del paciente. Sobre todo después de momentos de comprensión o alivio, el paciente tiende a abandonar el tema tratado por completo, en lugar de experimentar agradecimiento por la ayuda del analista o de sentirse motivado para profundizar su comprensión de ese tema. En estas circunstancias está operando la tendencia a desvalorizar al analista, junto con el intento de robarle sus interpretaciones; es necesario estar muy atento a esta súbita “desaparición” de algo que solo minutos atrás o en la sesión anterior, se manifestó como muy importante.

Kernberg realiza una última observación técnica: quizá no convenga tratar a muchos de estos pacientes al mismo tiempo, debido a la gran tensión y las numerosas exigencias que imponen al analista. Además es útil tener en cuenta que estos casos requieren los tratamientos analíticos más prolongados para llegar a acceder a las patológicas estructuras del carácter que se activan en la transferencia.

Al tratar pacientes fronterizos, cualquiera que sea el nivel de capacitación o experiencia de los terapeutas, éstos suelen pasar por momentos de sometimiento casi masoquista a algunas de las manifestaciones agresivas del paciente, de dudas injustificadas acerca de la propia capacidad y de exagerado temor a las críticas de terceros. Durante estos períodos, el analista llega a identificarse con la agresión, la proyección paranoide y la culpa del paciente, si bien esta situación básica suele quedar disimulada por las defensas secundarias, en particular las caracterológicas, que erige contra su posición emocional.

### Transferencia – Contratransferencia

En el curso del tratamiento las principales defensas del paciente borderline, se erigen contra la posibilidad de depender del analista ya que toda situación que los haga sentir dependientes los retrotrae inmediatamente a la básica situación amenazante de su temprana infancia. Todos sus esfuerzos parecen estar dirigidos a derrotar al analista, a destruir todo lo bueno y valioso que perciben en él y a convertir el análisis en un juego sin sentido.

Los pacientes borderline, merced a su transferencia intensa, prematura y caótica (debido al predominio de la proyección primitiva), gracias a la cual transferencia y realidad se ven confundidas, tienden a provocar en el terapeuta fuertes reacciones contratransferenciales que, en ocasiones, revelan la esencia más significativa de las caóticas manifestaciones del paciente.

Little afirma que cuanto más desintegrado es el paciente, mayor es la necesidad de integración en el analista y agrega que con pacientes psicóticos, la contratransferencia es quizás el único medio en que se puede basar el

tratamiento, contando probablemente, como mecanismo subyacente, con la identificación con el ello del paciente.

Cuanto más intensa y precoz es la respuesta emocional del analista ante el paciente, mayor es el peligro que representa para su neutralidad, y cuanto más fluctuante, caótica y rápidamente cambiante es aquella reacción, más motivos hay para pensar que el terapeuta está en presencia de un paciente gravemente regresivo.

Por otra parte, la incapacidad del borderline de ver al analista como objeto integrado por derecho propio y el patológico incremento de la proyección alternada de imágenes de sí mismo y de los objetos (que permite el intercambio de los roles específicos en la transferencia) debilitan los límites yoicos y dan lugar a la psicosis transferencial.

Cuando en la transferencia se manifiestan relaciones objetales conflictivas de muy temprano origen, como ocurre con frecuencia con pacientes muy desorganizados y con serias perturbaciones caracterológicas, el terapeuta se ve envuelto en un proceso de regresión empática, al tratar de preservar su contacto emocional con el paciente. En algún momento de la regresión pueden reactivarse tempranas identificaciones del propio terapeuta, al tiempo que entra en funcionamiento el mecanismo de identificación proyectiva.

El terapeuta se ve entonces amenazado por varios peligros de origen interno, como por ejemplo:

la reaparición de la ansiedad vinculada con tempranos impulsos, sobre todo de carácter agresivo, que se dirigen ahora hacia el paciente;  
una cierta pérdida de los límites yoicos en la interacción con ese paciente, y  
la fuerte tentación de controlar al paciente, como consecuencia de la identificación de éste con un objeto del pasado del analista.

Como consecuencia de un tratamiento prolongado e infructuoso, el analista puede intentar defenderse desvalorizando al paciente, quien ve así ratificada su sensación de que aquél está transformándose en uno de los objetos peligrosos de los que trataba de huir; puede ocurrir también que cualquier pequeña frustración haga tomar conciencia al paciente de que ya no controla al analista. Es en este momento cuando suele producirse la interrupción del tratamiento; el paciente huye de un objeto transferencial odiado y frustrante, al que reduce nuevamente a “sombra” y la contratransferencia del analista refleja la correspondiente sensación de “vacío”, como si el paciente no hubiera existido nunca.

Racker realizó un detallado estudio de la utilización de la contratransferencia como fuente de información acerca de la constelación emocional interna del paciente, clasificando las identificaciones que tienen lugar en las reacciones contratransferenciales en dos tipos: “**identificaciones concordantes**” e “**identificaciones complementarias**”.

La concordante es la identificación del analista con el sector correspondiente del aparato psíquico del paciente; esto es, el yo con el yo, el superyó con el superyó. Merced a esta identificación, el analista experimenta en sí mismo la principal

emoción que el paciente está sintiendo en ese momento; al respecto - acota Racker - podríamos considerar que la *empatía* es una expresión directa de la identificación concordante.

La identificación complementaria (concepto que Helene Deutsch fue la primera en formular) se refiere a la identificación del analista con los objetos transferenciales del paciente. En el contexto de este tipo de identificación el analista experimenta la emoción que el paciente atribuye a su objeto transferencial, en tanto que el propio paciente experimenta la emoción que vivió en el pasado, en su interacción con esa particular imagen parental. Por ejemplo, el analista puede identificarse con una imagen paterna rígida y prohibitiva que despierta en él la tendencia a criticar y controlar al paciente, mientras éste revive el temor, el sometimiento o la rebeldía que sintió en la relación con su padre.

Según Racker, el analista fluctúa entre estos dos tipos de identificaciones contratransferenciales.

Es precisamente en el nivel de regresión en el que se produce la identificación proyectiva del analista, donde la identificación complementaria alcanza su máximo desarrollo. Cuando el analista no consigue “escapar” de su atadura contratransferencial, restablece el círculo vicioso de la interacción entre el paciente y la imagen parental, con la cual aquél está identificado.

Las defensas caracterológicas de tipo neurótico son la protección más segura que encuentra el analista contra las ansiedades primitivas que tienden a aparecer en su contratransferencia, y la particular formación caracterológica complementaria que establece con el paciente es el resultado de la mutua influencia que la identificación proyectiva ejerce en ambos.

Un importante factor que participa activamente en la neutralización y la superación de los efectos que la agresión y la autoagresión ejercen sobre la contratransferencia, es la capacidad del analista de experimentar **preocupación**. En este contexto, la preocupación importa el reconocimiento, por parte del analista, de la intensidad de los impulsos destructivos y autodestructivos del paciente, de la posibilidad de que dichos impulsos se manifiesten en él mismo, y de las limitaciones inherentes a sus esfuerzos terapéuticos con el paciente.

La preocupación significa reconocer la intensidad de la destructividad de los seres humanos en general y la esperanza, no la certeza, de que en el nivel individual, aquellas tendencias pueden ser combatidas con éxito.

Winnicott sugiere que la capacidad de preocupación es el resultado de sentimientos de culpa medidos y modulados.

La preocupación implica también salir del encierro narcisista y la disposición por parte del analista, a rever determinado caso con un supervisor, en contraste con la tendencia a mantener en secreto el propio trabajo.

Modell (citado por Marinópulos Córdova y Ruiz Huidobro Boklund, op.cit.) describe la transferencia del borderline como **transicional** en el sentido de objeto

transicional de Winnicott<sup>5</sup>, en ella el terapeuta es percibido como un objeto más allá del self, no reconocido plenamente como individuo autónomo e investido casi completamente con cualidades proyectadas por el paciente.

### Psicosis transferencial

La indefinición del concepto de sí mismo y la falta de diferenciación e individualización de los objetos, interfieren con la discriminación entre relaciones objetales presentes y pasadas y contribuyen al desarrollo de la **psicosis transferencial**. Esta constituye una complicación típica del tratamiento de pacientes de personalidad fronteriza. La psicosis transferencial del paciente fronterizo y la transferencia psicótica característica del individuo psicótico, comparten ciertos rasgos similares y a la vez presentan ciertas diferencias.

Respecto a las semejanzas, cabe mencionar las siguientes:

En ambos casos se produce una pérdida de la prueba de realidad y pensamientos delirantes vinculados con el terapeuta, con posible aparición de alucinaciones o pseudoalucinaciones durante las sesiones.

Prevalen en la transferencia vínculos objetales primitivos de carácter fantástico, caracterizados por múltiples imágenes de sí mismo y de los objetos, fantasías cuya estructura refleja los niveles más tempranos de relaciones objetales internalizadas que representan un estrato mental más profundo que los vínculos diádicos o edípicos triangulares típicos de la neurosis transferencial que son característicos de cuadros psicopatológicos más benignos.

Tanto en los casos fronterizos como en los psicóticos se activan en la transferencia reacciones afectivas de carácter primitivo y abrumador y el paciente pierde la sensación de poseer una identidad independiente de la del terapeuta.

Las diferencias entre la psicosis transferencial de pacientes fronterizos y la transferencia psicótica de pacientes psicóticos, sobre todo esquizofrénicos, en psicoterapia intensiva son las siguientes:

En los pacientes fronterizos, la pérdida de prueba de realidad no afecta demasiado el funcionamiento del paciente fuera del encuadre terapéutico. En cambio, el distanciamiento inicial del paciente psicótico suele traducirse en su comportamiento psicótico durante las sesiones y fuera del encuadre terapéutico.

Los pacientes psicóticos, especialmente en etapas avanzadas del desarrollo de su transferencia psicótica, experimentan vivencias de fusión con el terapeuta, merced a las cuales tienen la sensación de poseer una identidad común con aquél, de ser uno con el terapeuta. En cambio los pacientes fronterizos, aún

---

<sup>5</sup> Objeto transicional es una expresión creada por D.W.Winnicott en 1951, para designar al objeto material que tiene para el lactante y el infante un valor preferencial y le permite efectuar la transición necesaria entre la primera relación oral con la madre y una verdadera relación objetal. Winnicott sitúa el objeto transicional en el área de la ilusión y el juego. Aunque el lactante lo “posea” como sustituto del seno, no reconoce que forme parte de la realidad exterior: es la primera posesión “no-yo”. También está destinado a proteger al niño de la angustia de separación en el proceso de diferenciación entre el Yo y el no-Yo. Un objeto es transicional porque marca el pasaje del niño desde un estado en el que se encuentra unido al cuerpo de la madre, a otro estado en el que puede reconocerla como diferente de él y separarse de ella: hay allí una transición desde la relación fusional (no-Yo) hacia una simbolización de la realidad objetal (Yo). Esta concepción del objeto transicional surgió de una lectura fenomenológica de la cultura cristiana, como lo señaló Winnicott en su prefacio de 1971 a Realidad y Juego, en el cual evoca la célebre controversia sobre la transustanciación. La transformación del pan y el vino en el cuerpo y la sangre de Jesús es a juicio de Winnicott un fenómeno transicional. (Roudinesco y Plon,1998)

durante la psicosis transferencial experimentan algún tipo de límite entre ellos y el terapeuta.

#### 4. Terapia familiar

Es un importante instrumento para ayudar a reorganizar un entramado familiar más continente, sobre todo en vínculos familiares con predominio de violencia, hostilidad, adicciones y ansiedades relacionadas con los procesos de separación e individuación. En una familia con estas características, las partes enfermas son proyectadas sistemáticamente en el hijo y por lo tanto, es conocido el hecho que ante la mejoría del paciente siempre se produce una descompensación en el objeto con el que narcisísticamente se encuentra identificado, que es generalmente la madre.

También se observa que cuando las figuras parentales logran una mejoría, el paciente, por el contrario, empeora, ya que se modifica una homeostasis patógena.

El padre, generalmente es incapaz de trazar límites equilibrados y mantiene un lazo con su hijo que transita entre el *laissez faire* y el autoritarismo más déspota. En las psicoterapias familiares generalmente se excluye o sabotea el tratamiento, provocando cambios de terapeutas, causando rupturas y enojos y produciendo pérdidas muy dolorosas en el paciente, que establece vínculos muy dependientes con los profesionales.

Describir a la madre es describir al paciente. Conforman una diada que es una unicidad, generalmente borderline, una simbiosis irrompible, donde a veces, al terapeuta, le cabe la peligrosa opción de simbiotizarse para intentar la ruptura de la misma. Al intentar el terapeuta, separar esa diada patológica, el paciente y su partenaire simbiótico, ponen en juego sus rasgos perversos, intentando sádicamente impedir el quehacer terapéutico.

En general, el trastorno borderline de la personalidad sería el que presenta las mayores dificultades en la dirección de la cura. Hay un debatirse, un rotar cíclico y circular en lo sintomático, que genera terapéuticamente más frustración.

#### Terapias grupales

Están indicadas cuando es necesaria la dilución de reacciones transferenciales intensas y negativas, y cuando se requiere la presión y el control del grupo para reducir la presentación o la conducta impulsiva.

#### 6. Tratamiento de rehabilitación e internación

El alejamiento del entorno familiar distorsionado favorece una rápida reorganización de la personalidad en los casos de patologías leves. La tarea terapéutica en la internación se debe basar en promover un “ambiente facilitador”, necesario para favorecer la discriminación y la restitución del frágil equilibrio narcisista. La hospitalización también contribuye a reforzar la estructuración a través de los límites que ella impone.

En ciertos casos, por lo tanto, es beneficioso aislar al borderline de los factores que activan su conflictiva: familiares, sociales, laborales, etc., vale decir, de los lugares donde se pudo haber desencadenado la pérdida de objeto y que pueden haber sido decisivos para la disminución de la autoestima del paciente y para mantener el beneficio secundario de rol de loco.

La internación da al paciente un objeto transicional, en el sentido de Winnicott y un continente adecuado, en el sentido de Bion, que comprende el acompañar al paciente, en el aquí, ahora y conmigo, manteniéndose el analista fuera de los factores que activan el conflicto, absorbiendo los elementos beta y promoviendo el desarrollo de los elementos alfa.

Para Kernberg un campo todavía casi inexplorado en la bibliografía es el del tratamiento en servicios de internación prolongada para personalidades fronterizas que no pueden ser tratadas como pacientes externos ni en servicios de internación breve.

## PRONOSTICO

El desorden de la personalidad de la frontera es una enfermedad de la gente joven, y comienza generalmente en la adolescencia o la juventud. El 80% de pacientes están entre las mujeres. El BPD es generalmente crónico y los problemas severos continúan a menudo presentes por muchos años. Cerca del 10% de los pacientes tiene éxito en los intentos suicidas. Sin embargo, en los 90% que no se matan, la patología de la frontera tiende a mejorar en la edad media y la mayoría de los pacientes funcionan perceptiblemente mejor alrededor de los treinta y cinco a cuarenta años. El mecanismo de esta mejora es desconocido. Sin embargo, otros desórdenes asociados a impulsividad, tal como abuso antisocial de las drogas, también tienden a mejorar alrededor de la misma edad.

El nivel de la mejora a largo plazo en pacientes de frontera varía mucho. Una minoría desarrollará una carrera acertada, se casará feliz y se recuperará totalmente. En la mayoría de los casos, la impulsividad y la declinación de la inestabilidad sucederán en un cierto plazo y el paciente podrá eventualmente funcionar en un nivel razonable.

Estimaciones de varios estudios americanos indican que el 50% de los pacientes con trastornos fronterizos de la personalidad que buscan tratamiento abandonan dentro de los 6 meses y 75% dentro del primer año, sólo 1 de 10 pacientes completa el proceso estimado para su psicoterapia.

Se podría pensar que un pronóstico exitoso consistirá en conseguir relaciones más estables, resultantes de la conciencia del significado de la conducta manipuladora y dependiente.

Un elemento pronóstico negativo que complica el cuadro de las personalidades fronterizas es la fusión patológica de imágenes “totalmente buenas” de sí mismo con tempranas imágenes ideales de sí mismo y de los objetos. Esta fusión de todos los aspectos “buenos” de las relaciones objetales internalizadas se cristaliza en un concepto de sí mismo idealizado y muy irreal que, en presencia de determinadas circunstancias (un inusual talento, belleza física, inteligencia) se ve

reforzado por la realidad y, paradójicamente, promueve una mejor adaptación a lo “especial” en el plano real.

Este fenómeno es característico de la personalidad narcisista; en tales circunstancias el funcionamiento social puede mejorar en gran medida, pero a costa de la pérdida de la normal diferenciación entre sí mismo e ideal del yo (es decir, a costa de una estructura superyoica fundamental). Las graves deficiencias del superyó son típicas de las personalidades narcisistas y comprometen su analizabilidad.

Para Kernberg los factores útiles para evaluar el pronóstico de cada caso, son:

Tolerancia a la depresión y al duelo: Los pacientes que al iniciar su terapia poseen por lo menos un cierto grado de tolerancia a la culpa y la depresión, evolucionan mejor que aquellos que son totalmente incapaces de tolerar esos sentimientos.

Beneficios secundarios del tratamiento analítico: desgraciadamente, existen condiciones sociales y profesionales que permiten obtener importantes beneficios secundarios del “aprendizaje” del método analítico.

Capacidad de culpa y propensión a la rabia paranoide en la transferencia: una vez resueltas las típicas defensas transferenciales, reflejadas en la fusión mágica con el analista y en la desvalorización de éste como persona autónoma junto con la concomitante lucha contra la dependencia, algunos pacientes presentan intensas reacciones paranoides en la transferencia, mientras que otros son capaces de experimentar por lo menos cierto grado de culpa y preocupación por el analista; este segundo tipo de pacientes, tiene mejor pronóstico que aquellos que manifiestan una reacción puramente paranoide en la transferencia.

Capacidad de la capacidad sublimatoria: los pacientes que manifiestan por lo menos un cierto grado de creatividad en algún aspecto de su vida tienen mejor pronóstico que aquellos que carecen por completo de ella.

Grado y características de la integración superyoica: es casi obvio que el peor pronóstico corresponde a la personalidad antisocial que representa una manifestación extrema de esta carencia superyoica.

Control de impulsos y tolerancia a la ansiedad: el pronóstico es más desfavorable para aquellos individuos que poseen muy escasa tolerancia a la ansiedad.

Regresión al pensamiento del proceso primario: el psicoanálisis está contraindicado para los pacientes de marcados rasgos fronterizos, en especial con falta de control sobre los impulsos, intolerancia a la ansiedad y tendencia a regresar al pensamiento del proceso primario, aún cuando sean capaces de experimentar culpa y depresión, porque la depresión que surge en esos casos en el curso del tratamiento suele manifestarse en niveles psicóticos de expresión o como intentos de suicidio. En estos casos muy graves el tratamiento exclusivamente de apoyo psicoterapéutico, llegó a resultados muy satisfactorios.

Motivación para el tratamiento: cuanto mayor sea el empeño de una persona por superar su frialdad interna, sus vivencias de vacío y sus dificultades para establecer lazos de empatía con los demás, más favorable es el pronóstico.

## MODELOS TEORICOS ACERCA DE LO BORDERLINE

A modo de recapitulación de lo desarrollado hasta aquí, realizaremos un **recorrido histórico** por distintos autores que se han ocupado del cuadro borderline<sup>6</sup>.

Thomas Sydenham (1682) es quien definió en la antigüedad la esencia de la personalidad borderline, al escribir: “Todo es capricho, ellos aman sin medida a aquellos que pronto odian sin razón. Los borderline son extremistas que dividen el mundo en exageradas dicotomías de bueno y malo, blanco y negro. Son emocionalmente infantiles, no pueden tolerar la ambigüedad, nada es neutral, todo es personal.

El término fronterizo nace en la literatura anglosajona a fines del siglo XIX. Hughes lo utiliza por primera vez en 1884 y nos dice: “el estado borderline de la locura comprende numerosas personas que pasan la vida entera cerca de esta línea”.

El historial clínico de Freud, publicado en 1918, “*De la historia de una neurosis infantil (el “Hombre de los Lobos”)*” es, dentro de la casuística freudiana, el mayor aporte para la comprensión de los cuadros fronterizos. La falta de represión, típica de los fronterizos, fue el factor fundamental que le permitió a Freud verificar y describir en este paciente tantos elementos regresivos. Pero es su análisis posterior con Ruth Mack Brunswick, en el que desarrolló su episodio psicótico, es el que constituye el aporte para considerarlo fronterizo, sea estructura o estado.

Hendrick en 1936 y Helene Deutsch en 1942, fueron los primeros en explorar este campo y lo vieron como un fenómeno más cercano a las psicosis esquizofrénicas que a las neurosis. Para Deutsch estas personalidades son:

Incapaces de tener auténticos sentimientos e intereses,  
Incapaces de desarrollar verdaderas identificaciones yoicas y superyoicas

Pero actúan **“como si”** las tuvieran

Por la misma época, Adolph Stern<sup>7</sup> los caracteriza con los siguientes rasgos:

Narcisismo patológico (por sus dificultades evolutivas)

“Hemorragia psíquica” (imposibilidad de control)

Hipersensibilidad incoordinada

Reacciones terapéuticas negativas

Sentimientos de inferioridad muy arraigados

---

<sup>6</sup> Nos guiaremos para tal fin por el excelente recorrido que realizan Marinópulos Córdova y Ruiz Huidobro Boklund (1991)

<sup>7</sup> Adolph Stern (1938) publicó un trabajo pionero en el cual separó al grupo del reino de las psicosis, y **acuñó el término “borderline”** con acepción muy próxima a la actual. El trabajo de Stern además sentó bases a la descripción fenomenológica del padecimiento y permitió resaltar un importante número de variables observables comunes que dieron cohesión definitiva al concepto.

Masoquismo

Rigidez psíquica y física

Estado de profunda inseguridad orgánica e intensa ansiedad

Uso de mecanismos proyectivos

Dificultades en la prueba de realidad

Según Stern, los borderline responden a imitaciones e identificaciones con un medio ambiente, que les permiten una ostensible buena adaptación a la realidad. Pero nunca logran un verdadero superyó internalizado, estando sin embargo en dependencia de los controles externos, que los limitan en su conducta exterior.

En 1942, Otto Fenichel, los llama casos marginales o “esquizofrénicos mitis” (esquizofrénicos ambulatorios), describiendo como el sello que los caracteriza, la sensación en el espectador de “**extravagancia**”. La falta de emociones adecuadas es interrumpida por accesos de desbordante emoción (verdaderos brotes emocionales), lo cual sin embargo no configura un verdadero desahogo emocional. Presentan una extrema rigidez hipertónica oculta tras una máscara de tranquilidad y actúan como si tuvieran relaciones afectivas con la gente pero no tienen verdaderos amigos.

Marco Merenciano, en 1945, los llamó “psicosis mitis” que se hallan caracterizadas por:

Despersonalización

Alteración de los sentimientos vitales, predominando la tristeza

Síntomas orgánicos con cabida para toda la llamada “patología funcional”.

Hoch y Polatin en 1949, describieron un cuadro clínico que llamaron “esquizofrenia pseudoneurótica”, donde detrás de síntomas neuróticos, polimorfos, se encuentran los síntomas primarios de la esquizofrenia:

- a) Trastornos asociativos;
- b) Rigidez afectiva;
- c) Ambivalencia y
- d) Pensamiento dereístico.

Agruparon los síntomas que presentan estos cuadros en tres grandes áreas:

### **1) Trastornos de los procesos de pensamiento**

Fenómenos del proceso primario (condensaciones-desplazamientos)

Pensamiento paralógico: ilógico, catatímico<sup>8</sup> y con imposibilidad por momentos de pensamiento abstracto.

Intelectualización de las emociones, conceptos inflexibles y estereotipados.

Incapacidad de distinguir fantasía y realidad, confusión entre objetivos, intenciones y medios.

### **2) Trastornos de la organización psicosexual**

Narcisismo extremo (sumamente preocupados por su vestimenta, por su cuerpo, por sus acciones).

Manejan solamente niveles pregenitales.

---

<sup>8</sup> Cuando lo afectivo impregna el pensamiento determinando conclusiones tendenciosas nos encontramos ante una catatimia. El término *timia* se refiere al humor. Lo afectivo distorsiona la lógica, le impide la claridad. (extraído de **Curso de semiología psiquiátrica de Hugo Marietán, Editorial Ananké. 1996**).

Organización sexual polimorfa con tensión constante, temores homosexuales, ansiedad polimorfa invasora, angustia intensa con mecanismos defensivos semejantes a los neuróticos (aunque estos enfermos sucumben a impulsos perversos).

### **3) Trastornos afectivos**

Hipersensibilidad a los estímulos emocionales, ambivalencia extrema (o más bien polivalencia)

Conexiones emocionales inadecuadas, con alteración de la regulación emocional.

Incapacidad de manejar la agresión (oscilando entre sumisión y agresión)

Muy bajo índice de frustración, con necesidad de rápida gratificación.

Deseo de protección y adherencia a los padres (madre especialmente) y lucha ambivalente contra este deseo.

Anhedonia (incapacidad de experimentar placer y empatía)

Trastornos de la autoestima con sentimientos de fracaso e inferioridad, susceptibilidad (todo lo que pasa afuera tiene un sentido para el yo).

Arlene Wolberg en 1952, fue de los primeros investigadores en diferenciar a los fronterizos de los psicóticos. Para ella, conservan el contacto y la prueba de realidad, aún cuando su adaptación no es satisfactoria debido a su agresividad y su angustia de separación. Wolberg destaca la presencia de una “depresión crónica” de mediana intensidad, que cumple funciones defensivas, por ejemplo como escape para la hostilidad que bulle dentro del individuo y está focalizada en el objeto de amor y también le sirve para contrarrestar el miedo de aniquilación que causa al border la disociación yoica.

Ralph Greenson observó que en situaciones bien estructuradas estos pacientes están macroscópicamente adaptados a las convenciones, aunque puedan ser excéntricos, extraños y caprichosos pero en situaciones no estructuradas (como la de asociación libre) se manifiestan fenómenos tales como:

Irrupción del Ello con fracaso de los mecanismos de defensa

Inhabilidad para diferenciar entre afectos, impulsos y sensaciones corporales

Inhabilidad para mantener un concepto consistente del self

Confusión entre el pasado y el presente con facilidad para revivir experiencias pasadas e inhabilidad para integrar o sintetizar

Inhabilidad para posponer la descarga

Preocupación con fantasías sexuales o agresivas

Movilidad de las catexis con rápidos desplazamientos y reacciones bizarras en la transferencia

Para Ralph R. Greenson, sintetizando, la patología esencial está en las funciones del yo, con regresión y primitivización de éstas; con invasión del proceso lrico. al secundario y como consecuencia de esto, con dificultad de separar un yo observador y discriminador de un yo “experiencial o vivenciante”.

E. Erikson, en 1956, llama a estos cuadros: **confusión aguda de identidad**, ya que para este autor presentan:

Sentimiento de aislamiento

Desintegración de la continuidad e identidad internas

Sensación de vergüenza generalizada

Incapacidad de sensación de logro

Perspectiva temporal acortada

Desconfianza básica

Esta descripción de Erikson es semejante a los conceptos de Winnicott de **falso self**.

Gustav Bychowski, en 1957, los denomina: **psicosis latente**, describiéndolos como un grupo de individuos cuya estructura psíquica provee un terreno adecuado para una futura psicosis siempre que se agreguen determinados factores adicionales y también pacientes que han tenido un episodio psicótico abortivo a edad temprana. Los rasgos típicos de personalidad serían:

Yo débil e inmaduro, con predominio de:

Narcisismo primario

Megalomanía

Pensamiento mágico

Proyecciones masivas con rasgos paranoides

Los mecanismos de defensa principalmente utilizados son:

Vuelta contra sí mismo

Cambios instantáneos de pasividad a actividad

Negación

Disociación

Predominio de introyección de objetos parciales a nivel primitivo

Es característico de este Yo inmaduro el ser incapaz de sintetizar las actitudes ambivalentes hacia las personas significativas originales, especialmente la madre. Entre las imágenes introyectadas parciales, se halla en los pacientes hombres, la imagen materna; el núcleo del Yo está formado básicamente por este introyecto femenino, producto de una profunda y primitiva identificación con la madre. Las tendencias homosexuales frecuentemente son encubiertas por rabia paranoide, celos y hostilidad.

Los mecanismos de disociación mantienen a este Yo primitivo disociado del resto del Yo. El Yo tan débil de estos pacientes los lleva a protegerse con el retiro esquizoide, con parcial o total despersonalización.

Según Bychowski, aterrorizados por su “bárbara y destructiva agresividad” se protegen con su excesiva pasividad (la lucha contra los objetos originales y sus correspondientes imágenes internas asume el aspecto de **negativismo** o una hostilidad destructiva).

Para Leopold Bellak (1958) son una forma de **esquizofrenia ambulatoria** que se caracteriza por:

Fuertes sentimientos de inadecuación, inferioridad y despersonalización;

Intensas dificultades en las relaciones interpersonales;

Inconstancia;

Incapacidad de amar;

Irritabilidad;

Desconfianza y

Sexualidad con pobres contactos, mala adaptación, dificultades para la heterosexualidad, aventuras amorosas autistas y autogratificación.

Melitta Schmideberg (1959) dice que en el paciente borderline, las relaciones objetales son débiles y superficiales por faltarles profundidad de los sentimientos, empatía y consideración hacia los demás; que presentan gran dificultad para identificarse y por lo tanto para aprender de los otros; que viven excesivamente en la fantasía, lo cual interfiere en su adaptación a la realidad y que presentan fallas en el mecanismo de represión.

John Frosch, en los estudios que realizó desde 1959 a 1970, incluye como mecanismos típicos de los que describió como **carácter psicótico** a:

La desdiferenciación

La fragmentación

El splitting

La identificación proyectiva

A partir de 1959, Masud R. Kahn encaró el tema, especialmente en el trabajo "Aspectos clínicos de la personalidad esquizoide. Afectos y técnica". Dicha personalidad presenta los siguientes 11 ítems básicos:

Exhibicionismo de contenidos psíquicos que constituye una fuerte defensa intelectual; no asocian libremente, sino que realizan un autoinflamamiento del que el analista es mero espectador y tampoco es objeto de catexización libidinal o agresiva.

No hay aptitud transferencial y sólo provocan o seducen al analista con una relación tanatizante.

Hay una urgencia por descargar los afectos y el Yo facilita o inhibe esta descarga, pero no está vinculado con ellos.

Su narcisismo es deficiente y está compensado con pseudoagresividad.

Dependen totalmente de las esperanzas en otros que los motivan y movilizan. Luego reducen todo a futilidad y las personas comprometidas quedan derrotadas, desmoralizadas. Repiten esto en el psicoanálisis, lo que se traduce en un esfuerzo enorme y fatigante y que sobrecarga la contratransferencia.

Tienen necesidad de exteriorizar y actuar todas sus experiencias pasadas y sus tensiones actuales.

"Explotan" regresiones parciales del ello, del yo y del superyó, lo que otorga a su material calidad psicótica por momentos; pero básicamente están aterrorizados por la regresión yoica al estado de "dependencia-necesidad" (A. Freud - Winnicott). Necesitan tener al analista dispuesto para cooperar en una participación controlada y limitada. Es al analista a quien hacen sentir rabia, ansiedad, necesidad, incomodidad, amor, ternura, violencia y pánico, por largos períodos antes que ellos puedan construir su Yo en una unidad y que, a través de identificaciones, puedan experimentarse a sí mismos.

Usan 2 técnicas para combatir los estados de ansiedad:

Una es el traslado a estados de ansiedad difusa, que se convierten en estados de resistencia al análisis, operando como defensa frente a la realización psíquica de sus necesidades y tensiones instintivas.

El 2do. mecanismo, es la conversión en dolor psíquico y son verdaderos adictos a este dolor, usado contra la ansiedad y contra una verdadera realización de su dependencia y privación. Usan al masoquismo para encubrir un "vacío total y

desolación” y evitar la ansiedad, pues buscan por cualquier medio, producir y mantener la tensión psíquica resguardadora de ese vacío.

Los mecanismos de defensa principales que usan son:

Splitting

Identificación proyectiva

Idealización

Desvalorización de los objetos y las experiencias emocionales

Su ideal del Yo no se construye con la introyección de los objetos parentales primarios idealizados, sino, por el contrario, es una formación psíquica que en lugar de figuras primarias satisfactorias y la idealización, consiste en una manera de manejar la privación sufrida con el primer objeto. En la transferencia idealizan al terapeuta, como forma de prevenirse de la desilusión y la desesperanza que caracteriza toda su relación objetal. Esta idealización, en palabras de Khan, no tiene origen narcisista ni se basa en una identificación con el objeto; es un medio de establecer una estructura psíquica defensiva, contra la realidad emocional de una realidad interpersonal.

En 1960 Meyer y Stanford Gamm incluyen en el espectro borderline casos descriptos como:

Desórdenes de carácter

Neurosis narcisista del carácter

Desorden narcisístico de la personalidad

Defecto yoico

Distorsión yoica

Personalidad esquizoide

Esquizofrenia pseudoneurótica o ambulatoria

Algunos caracteres depresivos

Pacientes con trastornos sexuales

Caracteres obsesivo-compulsivos severos

Pacientes con enfermedades psicósomáticas graves

Dichos autores enumeran como características de los fronterizos:

Baja autoestima

Sensibilidad extrema a la crítica y al rechazo, sospechas y desconfianzas, temores extremos.

Están asustados por la agresión propia y de los otros, por el amar y la proximidad y la responsabilidad y el cambio en general.

Las relaciones interpersonales son tenues y tentativas

La orientación en la realidad es deficiente.

El uso de la negación y la proyección es mayor que en las neurosis

Su intensa búsqueda de aprobación y contacto, junto con su temor simultáneo, los lleva a sentimientos marcados de soledad, vacío y desasosiego.

Según estos autores, los fronterizos se distribuyen en un **espectro** que se extiende desde:

**Los más severos psiconeuróticos:** el polo más sano incluye las neurosis narcisistas del carácter, con fuertes defensas que les dan apariencia de normalidad y sólo llegan al análisis después de serias crisis que quiebran su armadura defensiva.

En el **centro del espectro** ubican al grueso de los casos: menos estables, menos exitosos, más erráticos, más perturbados, que tienden a la actuación, llenando su vacío con alcohol, promiscuidad sexual, pero que aún logran conservar cierta adaptación.

**Cercanos a la psicosis:** están los fronterizos más alterados con considerables rasgos paranoides ideativos, tenues relaciones objetales y un ajuste marginal.

De cualquier modo Meyer y Gamm, recalcan que **lo que caracteriza a la mayoría de los fronterizos es su resistencia a la enfermedad psicótica.**

A partir de 1965, Otto Kernberg fue uno de los investigadores que más se ocupó de este cuadro. Resumiendo su contribución, Kernberg destaca los siguientes rasgos:

Pacientes que presentan síntomas semejantes a las neurosis y los trastornos de carácter y también episodios psicóticos pasajeros (por stress, alcohol o drogas).

Buen criterio de realidad.

En el psicoanálisis desarrollan una psicosis de transferencia, pudiendo en la regresión analítica, llegar a la transferencia delirante.

En pruebas proyectivas no estructuradas, tienden a funcionar en proceso primario.

Presentan ansiedad de tipo crónica, difusa, libremente flotante.

Neurosis polisintomática representada por **fobias múltiples** (restricciones en la vida diaria con el propio cuerpo, con tendencias paranoides)

Síntomas obsesivo-compulsivos con egosintonía secundaria y racionalizados

Conversiones múltiples y bizarras o, una única, crónica y severa

Reacciones disociativas

Estados crepusculares histéricos, fugas y perturbaciones de la conciencia.

Hipocondrías crónicas con alejamiento de la vida social

Tendencias sexuales perverso-polimorfas caracterizadas por la presencia de fantasías sexuales múltiples como condición necesaria para lograr la gratificación sexual (generalmente masturbatoria, ya que presentan marcada inhibición sexual). **Cuanto más caóticas y múltiples sean las fantasías y las acciones perversas, y más inestable la relación de objeto, conectada con esta interacción, más segura es la presencia de la organización borderline.**

Personalidad previa: paranoide, esquizoide o hipomaniaca

Las llamadas **neurosis impulsivas** y **adicciones** encubren muchas veces una estructura borderline.

Patologías del carácter que encubren una estructura border: personalidad infantil y personalidad narcisística. (Kernberg excluye a las personalidades histéricas y depresivas)

Autodestrucción primitiva: la organización border se presenta con sexualidad primitiva, agresión descargada de manera indiscriminada (automutilaciones o actos suicidas, con rabia y casi sin depresión).

La analista inglesa Little, a nivel diagnóstico, jerarquiza:

Falsas percepciones, inferencias o deducciones inadecuadas

Fracaso para usar símbolos, presencia de ecuaciones simbólicas u otras evidencias de pensamiento concreto

Piezas de total irracionalidad o conductas irresponsables en una persona que aparece como neurótica

Coexistencia de áreas de pensamiento del proceso primario junto a áreas de pensamientos del proceso secundario

Predominio del principio de supervivencia (“cuando la supervivencia es la esencial o única consideración, el placer o el dolor no tienen sentido, la sexualidad de cualquier tipo es irrelevante y la única especie de realidad reconocible es la psíquica”)

La realidad externa existe en estas áreas sólo en la forma como existió en la infancia actualizada del paciente

La forma adulta de la memoria –es decir, el recuerdo- se halla ausente o no tiene sentido, y en tanto un neurótico, como dijo Freud, sufre de recuerdos reprimidos, en un psicótico o **en un borderline, el pasado es reproducido literalmente, aquí y ahora**, lo que explica la conducta inapropiada en el mundo externo y la especial cualidad de los fenómenos transferenciales. Esta convicción delirante inconsciente existe solamente en ciertas áreas de la psique del paciente (de otro modo, sería totalmente un insano). En otras áreas tiene una **clara conciencia de realidad** que es usada como defensa frente al delirio. Este uso de una realidad contra otra, es la más difícil de penetrar de sus defensas, ya que su levantamiento expone al paciente a agudos y dolorosos estados de creciente **despersonalización**, que son experimentados como caos de **aniquilación**.

Las vidas de estos pacientes muestran un patrón de destructividad compulsivamente controlado (la destructividad es la de un niño pero está combinada con los recursos corporales y mentales de un adulto)

En lo que hace al desarrollo del Yo es, en mayor o menor medida, remendado, irregular y no confiable.

Resumiendo el enfoque de Little, se puede sostener que los pacientes borderline, tienen todas las clases de enfermedad mental, desde la psicosis a la normalidad, tienen todos los tipos de síntomas, desde desórdenes de la percepción y delirios, hasta los conflictos edípicos habituales. Tienen parches de trastornos de pensamiento de todo tipo y grado, y sus ansiedades varían desde la ansiedad de supervivencia hasta las persecutorias y depresivas, y la de separación y de castración. La cualidad del superyó varía desde un sadismo extremadamente primitivo hasta un ideal del Yo, benigno y sintónico.

Para D.W. Winnicott el paciente fronterizo reúne las siguientes características:

Su miedo es la “desintegración, la sensación de aniquilación”, lo que significa la presencia indudable de las “ansiedades impensables” de Winnicott (ansiedades psicóticas) ligadas a los primeros momentos del desarrollo humano.

Son casos que exigen el conocimiento y manejo de estas ansiedades por parte del analista (muy distintos a los neuróticos). Requieren un verdadero sostén (**holding**), aunque simultáneamente, ofrecen un sorprendente **insight**.

Presentan la coexistencia de primitivísimas ansiedades orales con una simbolización onírica muy rica y en estrecha relación con su proceso terapéutico. Pueden efectuar un muy firme desarrollo en el proceso analítico pero son muy **sensibles a la conducta intrusiva del analista**, incluso la interpretativa si no respeta su tiempo.

Samuel Atkin (1974) dice que lo que tienen en común es un **defecto crucial en la función sintética del Yo**. Cree que presentan detenciones en su desarrollo y clivajes entre las funciones de pensamiento, las cognitivas y las lingüísticas.

Sostiene que el análisis de estas disfunciones no produce ansiedad y que esto constituirá la prueba de que no es una defensa. Para Atkin estos pacientes pueden **tolerar sorprendentes contradicciones** en el pensamiento y la acción.

Por la misma época, Javier Mariátegui señala como psicopatología básica del borderline lo siguiente:

Deficiente sentido o conciencia de identidad y fluctuante contacto con la realidad. Precaria estabilidad psíquica con proclividad a la regresión en situaciones no estructuradas o de stress y deficiente control sobre la conducta impulsiva

Psicopatología variopinta a veces extrema, con combinación sintomatológica de la psicosis, la neurosis, la psicopatía y la psicósomática.

Discordancia entre la apariencia pansintomática del cuadro y la gravedad de sus expresiones comportamentales

En la esfera afectiva lo distintivo es la anhedonia (incapacidad para experimentar sentimientos placenteros o gratificantes). La cólera, la depresión, son los principales afectos que manifiestan.

Intentos suicidas reiterados, excesos episódicos de ingestión de alcohol, estimulantes o sedantes. Transgresiones sexuales o promiscuidad.

Pfeiffer (1974), Gunderson (1977) y Singer (1975), coincidiendo con los hallazgos de Grinker (1968) destacan las siguientes características de la personalidad fronteriza:

**Sintomatología** poblada de combinatorias y sucesión de síntomas neuróticos, psicósomáticos, psicopáticos y hasta psicóticos en distinto grado y severidad

Por lo anterior, se hacen necesarias varias **entrevistas** para hacer un diagnóstico apropiado.

El comportamiento se caracteriza por **impulsividad** que conduce a promiscuidad sexual, adicciones a drogas, actos destructivos y perversiones.

Las relaciones interpersonales no son satisfactorias por la ausencia de la **reciprocidad**; más bien se da una tendencia a la dependencia, a demandar y a manipular.

La capacidad para analizar la realidad y funcionar laboral y socialmente no están seriamente deterioradas.

Ocurren **episodios psicóticos transitorios**, frecuentemente relacionados a la tensión, nunca se convierten en esquizofrenia, son ajenos al Yo, no sistematizados y a veces asumen la forma de conciencia afectada.

La condición es estable y duradera sin ningún deterioro, el paciente es el mismo durante su vida ("**inestabilidad estable**").

Propensión a **regresiones profundas** (incluso en una misma sesión).

Presentan una intensa afectividad caracterizada predominantemente por **ira** y **depresión** (vivida como soledad y vacío en lugar de tristeza).

El paciente no tiene una identidad consistente definitiva. Existe una falta de integración con su personalidad total, que se manifiesta en **inconsistencia del comportamiento**.

Carmelo Monedero (1978) destaca de la patología border:

Presentan una buena resistencia a la psicosis franca. Los **casos leves** dan el aspecto de una neurosis de carácter. Los **casos intermedios**, experimentan un intenso vacío interior, del que se defienden ocupándose activamente en temáticas externas. Esta especie de fiebre ocupacional los distancia de su vacío interior. En

los **casos más graves**, el vacío interior no puede compensarse y aparecen sentimientos de despersonalización y las relaciones objetales se hacen muy frágiles e inexistentes.

Si se tuviera que resumir la sintomatología polimorfa del border en uno solo determinado, este sería el **vacío interior**. Dicho vacío es el resultado de tener un Yo débil que no le sirve para relacionarse con el mundo exterior.

Según la Asociación Psicoanalítica Americana, en los estados borderline la adaptación superficial al ambiente y la habilidad de mantener relaciones objetales, pueden estar relativamente intactas, de ahí que muchas funciones yoicas estén bastante bien conservadas. Presentan una debilidad en las defensas contra los impulsos instintivos primitivos y una interferencia con la evaluación adecuada de la realidad, el pensamiento lógico, la adaptación al ambiente y otros aspectos del funcionamiento yoico. Bajo stress, los aspectos psicóticos, pueden surgir a la luz, pues la flexibilidad y adaptabilidad de estos pacientes, está reducida. A menudo fallan en el reconocimiento de sus dificultades como síntomas y por lo tanto, no tienen deseos significativos de ayuda, salvo en situaciones de emergencia.

La 3ª. Revisión de la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana exige para el diagnóstico la presencia de 5 de los 8 criterios siguientes:

**Impulsividad** o impredecibilidad en por lo menos dos áreas potencialmente autodañinas (por ej. gastos, sexo, juego, droga, robo, sobreingesta alimentaria, etc.)

Estilo de **relaciones interpersonales** intensas o inestables con remarcados cambios de actitud, idealización, denigración o manipulación.

**Ira** intensa e inapropiada o falta de control de la misma.

Trastornos de la **identidad** manifestados por incertidumbre acerca de la autoimagen, identidad sexual, metas, cambios de carrera, valores, etc.

**Inestabilidad afectiva**, del humor normal a la depresión en pocas horas.

**Intolerancia a la soledad** con depresión cuando esto ocurre.

**Actos autodañinos** (gestos suicidas, automutilaciones, accidentes recurrentes, peleas).

Sentimientos crónicos de **vacuidad** o aburrimiento.

Para Perry y Klerman (1980) los mecanismos de defensa principales de los border son primitivos y comprenden:

Actuación de tensiones y conflictos, externalizando sus problemas, culpando a otros de sus insatisfacciones. Esta proyección caracteriza su defensa contra el enojo.

Actúan como si fuesen todopoderosos.

Idealización primitiva

Negación de la importancia de determinados sentimientos recientes.

Escisión (separan al mundo en dos partes, dividen rígidamente pensamientos y sentimientos positivos y negativos y se identifican proyectivamente<sup>9</sup>). La causa de la escisión es desconocida pero protege al paciente de la ambivalencia y de la

---

<sup>9</sup> La identificación proyectiva consiste en tomar una parte no aceptada de sí mismo y proyectarla a otro. El paciente de esta manera presiona inconscientemente a la persona en la cual ha proyectado sus propios atributos. Desprevenido el recipiente cumple con la proyección y la actúa. Estos mecanismos son complementarios. Con la identificación proyectiva se confirma uno u otro lado de la dividida visión del mundo

ansiedad que le produce el reconciliar los extremos contradictorios, a expensas de tener una personalidad inestable (los normales pueden soportar sentir dos estados contradictorios más tolerablemente).

También describieron en ellos, mayor preocupación por sí mismos que por los demás (poca empatía con los otros). Importante ansiedad de separación<sup>10</sup>, y difusión de la identidad (sentimientos subyacentes de inferioridad e inseguridad e incapacidad para luchar con problemas).

Bergeret sintetiza la evolución histórica ordenándola en cuatro “**modelos básicos**”:

como formas menores de psicosis,  
como formas mayores de neurosis,  
como formas de pasaje entre neurosis y psicosis y  
como formas nosográficas independientes.

**1.** El modelo psicótico tiene como antecedente la descripción de “heboidofrenia” creada por Kahlbaun (1885) quien las ubicó como psicosis de la adolescencia y las definió como trastornos caracteriales, con pérdida progresiva del sentido moral y propensión a la delincuencia, pero sin deterioro terminal.

Kraepelin se refirió a modos débiles de demencia precoz.

E. Bleuler, en la década de 1940, la denominó “esquizofrenia latente”, hallando a menudo un síntoma catatónico o paranoide oculto en la misma.

Stone opina que la neurosis narcisista de Freud, que retira el soporte orgánico a la esquizofrenia, se ubica en la misma dirección que la rectificación bleuleriana de la demencia precoz de Kraepelin, que es el germen de concepto de fronterizo.

R.P. Knight (1954) describe el concepto de síndrome limítrofe bajo la denominación de “esquizofrenia fronteriza”.

Para Henry Ey (1955) habla de una forma más superficial de esquizofrenia a la que llama esquizoneurosis y que caracteriza como una forma de discordancia más episódica y menos profunda, enraizada en un carácter esquizoide que conduce a comportamientos extraños, actitudes de aislamiento o de existencia parasocial, con rasgos tales como: originalidad extrema; oposicionismo sistemático; trabajos fantásticos y proyectos extravagantes. A menudo, agrega Ey, toda la conducta, la moral y la concepción del mundo están teñidas de delirio (creencias mágicas, espiritismo, erotomanía, etc.)

En 1979 Bryce Boyer resume la naturaleza del “psicótico fronterizo” indicando por tal a un trastorno caracterológico severo, que ha sufrido uno o más episodios psicóticos pasajeros sin estar bajo la influencia de tóxicos.

**2.** El modelo neurótico, tal como se lo comprende hoy, proviene del freudianismo, especialmente del estudio de la patología del yo, en el sentido de detención en el desarrollo o fijación. **Stern** (1938) fue el primero en dar al término borderline su status formal, al deslindar a un grupo de pacientes demasiado enfermos para ser

---

<sup>10</sup> En el desarrollo evolutivo normal entre 1 y 2 años, el niño aprende a separarse de otros con tristeza. Los border no toleran la ansiedad de separación y llevan a su adultez un enojo flotante.

analizados al modo clásico. Los pacientes de Stern mostraban aspectos semejantes a las “**personalidades como si**” descritas por Helen Deutsch, con graves fallas en el proceso de formación del yo y superyó.

**3.** Dentro del modelo transicional que ubica al fenómeno borderline como forma de paso entre la neurosis y la psicosis, hallamos autores como Markovitch quien afirmó que el estado límite no es una entidad autónoma, sino una metamorfosis, el producto de la transformación de una estructura psicopatológica en otra.

**4.** El modelo autónomo se dirige al diagnóstico estructural, acorde al patrón analítico de las estructuras mentales y se refiere básicamente a una perturbación en el desenvolvimiento del yo con defensas pobremente organizadas e inmaduras. Dentro de este modelo encontramos a Bergeret quien sostiene que no puede negarse la existencia de estados nosológicos situados fuera de la línea estructural neurótica o psicótica. Este autor sostiene de manera tajante, que la más neurótica (en apariencia) de las estructuras psicóticas y la más psicótica (en apariencia) de las estructuras neuróticas, no llegarán jamás a encontrarse en un punto común de la organización del yo. En toda **estructura psicótica** existe una combinación particular y durable entre renegación de la realidad, primacía de la libido narcisista, el principio de placer y los procesos primarios, retiro de cargas del objeto y fenómenos proyectivos diversos; en toda **estructura neurótica** persiste una asociación específica y efectiva que engloba bajo la primacía del Edipo, la represión de las pulsiones, la conservación del juego de los procesos secundarios, el principio de la realidad y la libido objetal y el conflicto confinado al interior del yo. Toda economía psicótica pone en juego, en más o en menos, la identidad del sujeto, en tanto que la economía neurótica conserva un cuestionamiento centrado sobre el registro genital. Bergeret sostiene que los estados límites se caracterizan por presentarse, sintomatológicamente, como intermediarios entre psicosis y neurosis: sin síntomas neuróticos netos y sin descompensación psicótica franca. Según este autor, el peligro inmediato del que se defienden es la **depresión** y los describe como personas carentes de autonomía que tienen muy poca tolerancia a la ansiedad y que reaccionan fácilmente con agresividad.

Los describe como incapaces de aceptar un objeto amoroso que frustra y gratifica porque están incapacitados para realizar la síntesis de lo positivo y lo negativo. Estas actitudes ambivalentes terminan deteriorando al Yo en su función intermediaria.

En 1952 Arlene Wolberg es la primera en considerar dentro del cuadro borderline los componentes masoquistas que los llevan muchas veces a negar sus propios valores, complicándose este problema debido al uso intenso de la negación y la renegación que les impiden reconocer sus reales posibilidades. Según esta autora, el síndrome borderline es una técnica salvavida, una manera de vivir sado-masoquista de la cual el paciente es consecuencia de una situación a la que fue constantemente arrojado a la ansiedad por la actitud de los progenitores.

Timsit (1971) sostiene que los estados límites son el resultado de una depresión del yo sufrida en un estadio precoz del desarrollo psicoafectivo.

Zilboorg describió a este cuadro como “esquizofrenia ambulatoria” por no requerir internación, mientras que Knight lo denominó esquizofrenia fronteriza y sostiene que la sintomatología neurótica constituye una defensa contra la desorganización psicótica.

Chessick observó en las quejas del fronterizo, una exageración de los lamentos de la que se denomina “gente normal”: sentimientos de pérdida de identidad, crisis del sistema valorativo y agobiadora experiencia de soledad.

Elizabeth R. Zetzel postula que el término borderline es insatisfactorio por dos razones: la primera de ellas es que al no existir una clara línea de diferencia entre psicosis y neurosis, no resulta correcto referirse a bordes o límites; en segundo lugar porque apoya la tendencia a eludir el diagnóstico sutil frente a estados psicóticos encubiertos.

A pesar de esto sostiene que el término seguirá en uso principalmente por el hecho de que el psicoanálisis ha llevado al reconocimiento de los mecanismos psicóticos en la neurosis y aún en los caracteres normales y también por el hecho de que el levantamiento de ciertas defensas en el análisis puede conducir a la formación de síntomas psicóticos.

Donald W. Winnicott, en 1969, definió claramente su posición al respecto, diciendo “por caso borderline entiendo el tipo de caso en que el núcleo de la perturbación es psicótico pero el paciente tiene suficiente organización psiconeurótica para presentar siempre desórdenes psiconeuróticos o psicosomáticos cuando la ansiedad psicótica central lo amenaza crudamente” y continúa “en el análisis de los casos borderline uno tiene la oportunidad de observar los delicados fenómenos que dan indicadores para la comprensión de los estados esquizofrénicos verdaderos”. (Paz, C. y otros, 1977)

Gunderson y Singer en 1978 (Paz, 1977 op.cit.) identificaron seis criterios que sirven para distinguir al paciente fronterizo y que son aceptados también por otros autores. Estos son:

La presión de un sentimiento intenso, generalmente depresivo u hostil.

Una historia de comportamiento impulsivo.

Desadaptación social.

Breves experiencias psicóticas.

Respuestas grotescas, dereístas, ilógicas o primitivas a pruebas psicológicas no estructuradas como la de Rorschach pero no en pruebas más estructuradas como la Escala de Inteligencia Adulta de Wechsler.

Relaciones que vacilan entre superficialidad transitoria e intensa dependencia.

## **SINTESIS<sup>11</sup>**

**1.** El término fronterizo nace en la literatura anglosajona a fines del siglo XIX. Hugues lo utiliza por primera vez en 1884.

**2.** El vocablo borderline puede ser traducido como frontera, límite o zona marginal, por lo que se usa para señalar los casos lindantes con la neurosis y psicosis.

---

<sup>11</sup> extraída de Marinópulos Córdova y Ruiz Huidobro Boklund (1991)

**3.** Se puede sintetizar la evolución histórica de la noción de caso fronterizo ordenándola como cuatro "modelos básicos"; como formas menores de psicosis, como formas mayores de neurosis como formas de pasaje entre neurosis y psicosis y como formas nosográficas independientes.

**4.** Es indiscutible que la moderna psicopatología ha mostrado un generalizado interés hacia la estructura denominada fronteriza y que ella ha sido descrita e investigada esencialmente en algunos países del mundo occidental, no existiendo parecería, descripciones o hallazgos de tal estructura en otras culturas.

**5.** Como contribuciones esenciales para la conceptualización del paciente fronterizo podríamos sintetizar los siguientes elementos: a) su consideración como una entidad clínica "específica y reconocible"; b) el examen de los conflictos específicos del nivel psicótico, y su aislamiento de "la desintegración y disolución del self" como principal peligro enfrentado por el paciente psicótico, aunque puede aparecer en el límite en sus típicos episodios regresivos bajo stress. Asimismo la importancia de la diferenciación self - no self como preocupación permanente de estas personas; e) la síntesis acerca de las defensas típicas del fronterizo: escisión, negación, idealización primitiva, identificación proyectiva, omnipotencia y desvalorización, como también la observación sobre las fallas de su mecanismo de represión; d) otro punto digno de ser destacado es el examen del "estado del yo y sus funciones, pleno de valiosas observaciones, tales como los efectos del borramiento de los límites yoicos (confusión mundo interno-mundo externo, sentimientos de irrealidad y despersonalización).

**6.** La Tercera Revisión de la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, emplea dentro de la categoría de desórdenes de la Personalidad, las denominaciones de personalidad fronteriza y de personalidad esquizotípica. En ambas formas categoriales se encuentra enmarcado el síndrome límite.

**7.** Esta personalidad se caracteriza esencialmente por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, fundamentalmente el humor y el sentido de identidad o autoimagen. Con frecuencia se acompaña de rasgos de otros desórdenes de la personalidad tales como la esquizotípica, la histriónica, la narcisista y la antisocial. Para el diagnóstico se requiere como características: el funcionamiento continuo y no limitado a episodios de enfermedad, el deterioro significativo del funcionamiento social u ocupacional y el malestar subjetivo. Se exige por lo menos la existencia de cinco de los ocho criterios operacionales siguientes: a) Impulsividad o impredecibilidad por lo menos en dos áreas que son potencialmente autodañinas: por ejemplo: gastos, sexo, juego, uso de drogas, robos en tiendas, sobreingesta de alimentos, actos autodañinos; b) Un estilo de relaciones interpersonales intensas e inestables con marcados cambios de actitud, idealización, denigración o manipulación (con el uso de otros para el logro de los propios fines); c) Ira intensa e inapropiada o falta de control de la ira, por ejemplo, pérdida frecuente de la calma o actitud de persistente enojo; d) Trastornos de la identidad manifestados por incertidumbre acerca de cuestiones selectivas o la autoimagen, identidad sexual, metas de gran aliento o cambios de carrera, patrones de amistad, valores o lealtades; e) Inestabilidad afectiva: cambios marcados que van desde el humor normal hasta la depresión, la irritabilidad o la ansiedad durante horas, sólo raramente más de pocos días, con

retorno al humor normal, f) Intolerancia a permanecer solo, con depresión cuando esto ocurre; g) Actos autodañinos: gestos suicidas, automutilaciones, accidentes recurrentes, peleas; h) Sentimientos crónicos de vanidad y aburrimiento.

**8.** De acuerdo a la revisión de Carlos Paz los elementos coincidentes a nivel de los casos adultos serían esencialmente: ansiedad constante y difusa con exacerbaciones cercanas al pánico; fallas en el control de impulsos e intolerancia a la frustración; rabia como manifestación afectivo-agresiva; trastornos en la relación con la realidad y adaptación superficial con actuaciones o conductas bizarras; presencia de fantasías también bizarras en la consciencia o el inconsciente, con predominio del carácter sadomasoquista de las mismas; inteligencia normal o alta, con instrucción secundaria o universitaria. Se caracteriza el análisis por la superposición de una transferencia psicótica con otra neurótica; la contratransferencia es intensa y agotadora; con material de muy distintos niveles libidinales y presencia de rasgos caóticos.

Con carácter de componentes muy frecuentes, se han encontrado los siguientes rasgos y síntomas: trastornos en la relación con la realidad; trastornos del pensamiento; rabia como manifestación agresivo-emocional; expresiones corporales primitivas; ansiedades confusionales; trastornos de la vida sexual; fenómenos transferenciales y contratransferenciales típicos, a lo que se agregaría la circunstancia de tratarse de un cuadro verificado en personas de menos de 40 años; de buen nivel intelectual y con educación predominante universitaria, o por lo menos de nivel secundario.

Las **características esenciales en común** de todos los grupos estudiados por los distintos investigadores son:

rabia como único o esencial afecto;  
trastorno en las relaciones afectivas, que son anaclíticas, dependientes y complementarias;  
ausencia de indicadores de autoidentidad consistentes;  
depresión con tonalidad de soledad.

Los únicos rasgos que unifican a todos los casos presentados son: la cronicidad del trastorno y la no detección de sintomatología que permita diagnosticar psicosis a nivel clínico junto a la presencia de profundas regresiones en el proceso terapéutico con mantenimiento de sus niveles de adaptación habitual; este último fenómeno lo consignan expresamente: Hunter, Little (Beatriz y Rosemary), Boyer, Mahler, Searles, Atkin, Masterson, Viñar y Giovacchini.

**9.** El diagnóstico de la categoría limítrofe en la niñez, no sólo es importante para el conocimiento de este desorden, sino también para un mejor entendimiento de la psicopatología esquizofrénica en la adultez, partiendo de la hipótesis de que cada adulto que desarrolla una esquizofrenia ha sido un esquizofrénico fronterizo en la infancia.

**10.** En las teorías vinculadas a la psicogénesis es común la falta de estudios sistemáticos y prolongados y de adecuados seguimientos. Es importante en la etiología borderline la fase de separación-individuación y el papel de la madre en

esta etapa de la vida del niño, como lo afirma Mahler, pero también debe considerarse esencial pensarla en términos de procesos de duelo, siguiendo a Melanie Klein y sus continuadores.

**11.** Un extenso número de planteamientos respecto a la etiopatogenia de los estados límites proponen como fundamental un defecto en la neutralización de la energía instintiva, que hace difícil la fusión de los impulsos sexuales y agresivos, al mismo tiempo que tienden a explicar este trastorno como consecuencia: de un factor constitucional (por ejemplo: fijación a organizaciones primitivas de la libido, dificultad para pasar de un estado a otro, defectos innatos del yo, un potencial físico inadecuado) o de una relación perturbada con la madre (por ejemplo, inconstancia materna, incapacidad para mantener un contacto empático con el niño, apoyo a la negación de la realidad de separación). Existe, además, una posición intermedia, la cual sostiene que no es posible determinar en que proporción participan lo constitucional y lo ambiental en estos casos.

**12.** Son rasgos comunes las parejas parentales con seria patología y el hecho de provenir casi todos los casos de la clase media alta. Pueden presentar micropsicosis, pero no se verifica - salvo en escasas excepciones - la presencia de psicosis a nivel clínico y mucho menos la psicotización crónica.

Estudios empíricos, han determinado que el ambiente familiar de los niños marginales suele distinguirse por el grado de disturbio. Apreciándose historias de separación, abuso y negligencia; tensión rígida en el vínculo marital; comportamiento bizarro en uno de los miembros de la pareja; inconsistencia en el cuidado de los hijos, y padres rechazantes y preocupados de sí mismos.

Se han observado tres maneras distintas de evolución de este síndrome: Bastante estable aparentemente, a pesar de que se puede descompensar en cualquier momento de la vida; siendo dicha consistencia resultado de renunciamientos, soluciones de compromisos o enmascaramientos. A esta forma parecen corresponder la mayoría de estos cuadros.

Con una sintomatología más activa aunque encubierta, adopta dos modalidades; una en la que la ansiedad es el síntoma central y otra en la cual la angustia se focaliza en la esfera sexual.

En la que crisis continuas interrumpen la relativa estabilidad de la organización fronteriza de la personalidad.

**14.** Como coincidencias en los **niños** se destacan netamente ansiedad intensa, por momentos limítrofes con el pánico; violentas explosiones de rabia; pobre control de impulsos; descargas de tensión a través del aparato muscular; conductas bizarras; trastornos en el lenguaje; trastornos en el aprendizaje a pesar de tener un coeficiente normal o alto; cierta perturbación en el sentido de realidad con confusión sujeto-objeto, como consecuencia de confusión en las representaciones del self y de los objetos; aparición de fantasías bizarras - especialmente durante el proceso terapéutico, las coincidencias serían: distinta conducta dentro y fuera del tratamiento y entre una sesión y otra, con alternancias impredecibles; impresión de caos; habilidad en el control, particularmente con la ayuda de estímulos externos, existencia potencial del yo observador; cambio súbito del material por la interpretación; transferencia

intensa con momentos autistas, simbióticos y escasa manifestación a nivel neurótico; surgimiento en el terapeuta de reacciones contratransferenciales intensas; sentimientos de horror; sorpresa; imposibilidad de pensar. Sería común también cierto grado de adaptación a la realidad, tanto en niños como en adultos.

**15.** Uniendo todo lo reseñado con la coincidencia esencial en el no psicotizarse de manera estable, tanto los niños y adolescentes fronterizos como los adultos, a pesar de sus indudables oscilaciones regresivas en su vida cotidiana, como en el proceso terapéutico, parece acentuarse la posibilidad de que constituyan una sola estructura psicopatológica.

**16.** Algunos investigadores consideran que los tests psicológicos:

a) Son tan aceptables para diagnosticar los casos borderline, como las entrevistas estructuradas e inestructuradas diseñadas especialmente con dicho fin.

b) Son útiles para efectuar inferencias acerca del pronóstico y curso del tratamiento.

c) Pueden ayudar a comprender de un modo más detallado el funcionamiento individual del límite.

d) Juegan un papel importante, pues permiten en mínima escala mediante la interrelación paciente-evaluador, conocer cómo estos individuos se comportan en la vida diaria.

e) Es importante que el psicólogo esté consciente: 1) que no debe dejarse involucrar en las relaciones emocionales y fantasías del fronterizo; 2) que debe brindarle el apoyo suficiente en los momentos en que los estímulos le provocan ansiedad o deprimen; y 3) que debe tener gran flexibilidad, para modificar la forma de administrar las pruebas, a fin de proporcionarle el soporte adecuado ante sus fracasos yoicos.

**17.** Es vital determinar con precisión los conceptos de psicosis, neurosis y psicopatía, a fin de lograr un apropiado diagnóstico diferencial del cuadro fronterizo. En los pacientes fronterizos coexiste lo "neurótico" y lo "psicótico", como dos modos de funcionamiento mental, del predominio de uno sobre el otro resaltarán conductas, las cuales señalarán, en cada caso particular, si se acerca más a la neurosis o a la psicosis.

**18.** La inhabilidad para abandonar fácilmente las relaciones con los objetos externos, la suficiente diferenciación self-objeto y una cierta estabilidad de las operaciones defensivas, son índices de utilidad para discriminar los estados límites de la esquizofrenia.

**19.** Mientras que para distinguir la neurosis de los casos borderlines se debe considerar el grado de constancia de la identidad, los mecanismos de defensa y la prueba de realidad. Hallándose en el neurótico un yo estable, altos niveles defensivos y contacto adecuado con el medio; en cambio en el marginal se presenta el síndrome de identidad difusa, defensas primitivas y pérdida de la realidad ante estímulos con intenso significado emocional.

**20.** Es importante destacar también que así como en la psicosis se manifiesta la angustia de destrucción y en la neurosis la de castración, en los individuos borderlines se da la de separación, que es de tipo depresivo por pérdida del objeto.

**21.** Si comparamos al limítrofe con el psicópata encontraremos que: a) el primero está precariamente adaptado, muestra fantasías extrañas, puede experimentar trastornos severos frente a situaciones genitales concretas, evidencia poca actuación impulsiva, e impresiona como inseguro y distante; y b) el segundo es incapaz de posponer la satisfacción de sus deseos, tiene escasa fantasía, vive la sexualidad de manera impersonal, demuestra poca previsión sobre sus actos, y aparenta simpatía e inteligencia.

**22.** En cuanto al pronóstico de la psicopatología fronteriza no hay aún consenso; siendo algunos autores bastante optimistas y otros menos. Sin embargo, en términos generales, podemos afirmar que éste se caracteriza por una escasa tendencia a evolucionar acompañada de un mínimo deterioro, estando el éxito de su tratamiento condicionado a la naturaleza de la temprana afección, las influencias patogénicas ambientales y la edad del paciente.

Pensamos que actualmente el diagnóstico de síndrome fronterizo, más allá de la existencia de parámetros claros para efectuarlo, debe la importancia de su frecuencia al panorama actual de la sociedad capitalista, consumista y competitiva, con grave crisis axiológica, que tolera permisivamente la aparición de formas de marginalidad social y la existencia de rasgos de personalidad impensables un siglo atrás cuando Freud descubrió que en mayor o menor medida todos padecíamos de neurosis.

En la época actual la pérdida de la identidad, situación que se vive con la aparición de sentimientos de vacío y futilidad, se halla ligada también, a la notoria crisis de las instituciones, que antaño contenían a sus miembros, brindándoles un marco adecuado para la sublimación de sus impulsos.

Queremos finalizar este trabajo con una frase de Títolo que nos parece resume poéticamente, el cuadro que aquí intentamos describir: “Una posible metáfora de lo borderline sería que son nómades que no pueden asentarse en ninguna región y viven en permanente litigio, son náufragos, condenados a vagar, impedidos de poder aposentarse en el fulgor efímero de una cierta paz”. (Títolo, 1996)

- AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION (1995) DSM- III, y IV Con los códigos ICE-10. Edit. Masson.
- BASILI, Rubén (1996) Interpretación Psicoanalítica de las Intervenciones Psiquiátricas en el Proceso Analítico de los Pacientes Borderline. Rev. Dinámica, de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). Año 2. Vol. 1. N° 3.  
(1996) Borderline y psicosis. Rev. Comunicaciones N° 4. AAP. Pág. 59.
- DE WAELHENS, A. (1973) La psicosis. Edit. Morata. Madrid.
- DELLACASSA, C. (1995) De locuras, saberes y tratamiento. Dinámica. N° 2. AAP. Pág. 153.
- DONOLI, F. (1996) El borderline maniaco, depresivo y esquizoide. Comunicaciones. N° 4. AAP. Pág. 62.
- EGUÍA, R. (1996) Las emociones en los cuadros Borderline y psicóticos. Comunicaciones. N° 4. AAP. Pág. 63.
- FREUD, S. (1924) Neurosis y psicosis. Vol. 19. Amorrortu Editores. 1979.
- GATTI, ZAZZI, AVIGO y STINGO (1996) El paciente borderline usuario de drogas. Aproximaciones al diagnóstico psicológico. Rev. Dinámica. AAP. Año 2. Vol. 1. N° 3.
- GRANDINETTI, J. (1995) Psicoanálisis y Psicosis. Dinámica. N° 2. AAP. Pág. 142.
- GRINKER, R; WERBLE y DRYE (1968) The borderline syndrome, N.York Basic Books.
- GROTSTEIN, J. y otros 1992 "El paciente borderline". Ed. Catari.
- HAGELIN, Aiban (1996) La teoría de las enfermedades en los trastornos borderline y en las psicosis. Comunicaciones N° 4. AAP. Pág. 60.
- KERNBERG, Otto (1975) "Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico". Ed. Paidós. Cap. I, II y V.
- LEZCANO, A. (1996) Delirios y Delirios. Comunicaciones. N° 5. AAP. Pág. 32.
- MARINÓPULOS CÓRDOVA, J. y RUIZ HUIDOBRO BOKLUND, M. (1991) Entre la neurosis y la psicosis. Amaru Ed. Perú
- PAZ, C.; PELENTO, M. y OLMOS DE PAZ, T. (1977) Estructura y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos. Historia y conceptualización. Ed. Nueva Visión, Bs. As.
- ROSENFELD, H. (1974) Estados psicóticos. Edit. Hormé. Bs. As.
- ROUDINESCO, E. Y PLON, M. (1998) Diccionario de psicoanálisis, Ed. Paidós. Bs.As.
- SEARLES, H. (1980) Escritos sobre esquizofrenia. Cap. 1. Edit. Gedisa. España.
- STEINER, J. (1978) Trastornos borderline de la personalidad en Pacientes borderline. Confluencias y Confrontaciones. Revista de APdeBA. Vol. XII. Año 1990. N° 2 -3.
- STINGO, ZAZZI y otros (1994) El trastorno borderline. Evolución del concepto. Clínica y patología. Rev. Alcmeón. Año IV. Vol. 3. N° 4. AAP. Pág. 333.

TÍTOLO, P. (1996) En las fronteras del sin límite. Rev. Dinámica. AAP. Año 2. Vol. 1. N° 3.

VELCOFF y VERDUCCI (1996) Personalidades borderline. Consideraciones en abordajes terapéuticos institucionales. Dinámica. AAP. Año 2. Vol. 11. N° 3.

VOLMER, C. y colab. (1996) El paciente psicótico. Su integración a la comunidad. Alcmeón. N° 18. AAP. Pág. 158.