

S. González Vives
M. Díaz-Marsá
F. Fuentenebro
J. J. López-Ibor Aliño
J. L. Carrasco

Revisión histórica del concepto de trastorno límite de la personalidad (*borderline*)

Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico San Carlos
Madrid

Introducción. La utilización del término *borderline* sigue generando incertidumbre por su inespecificidad y ambigüedad. Además, múltiples autores opinan que quizá es el término más desafortunado para designar a este tipo de pacientes, y muchos otros consideran que se usa como cajón de sastre para pacientes que no pueden ser clasificados en otros diagnósticos. El uso del término *borderline* actual parece ser más una consecuencia de su uso histórico que su verdadero significado clínico. Hay discrepancia sobre si este término determina un nivel de gravedad, una organización de personalidad o una entidad sindrómica definida. Stern en 1938 fue el primer autor en utilizar el término *borderline*, y no se incluyó en el DSM-III hasta el año 1980.

Objetivo. Este trabajo realiza una revisión histórica de la utilización del término *borderline* y también de aquellos términos que se han usado para definir a pacientes con las mismas características.

Conclusión. Las distintas escuelas (psicoanalítica, biológica, ecléctica y biosocial) tienen concepciones distintas del término *borderline*. Aún no se ha llegado a una definición concisa y exacta para los criterios diagnósticos del *borderline*, y quizás, incluso, no se ha llegado a determinar cuál es el mejor término para este grupo de pacientes. Será importante tener en cuenta las aportaciones del DSM-V o la CIE-11 en los próximos años.

Palabras clave:
Trastorno. Personalidad. *Borderline*.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(5):336-343

Historical review of the borderline personality disorder concept

Introduction. The concept of borderline syndrome is the subject of current debate because of its ambiguity and lack of homogeneity. Furthermore, the concept is rejected by many authors as a common category for atyp-

cal and non-specific disorders that cannot be classified elsewhere. The current use of the term *borderline* seems to be more a consequence of its historic use than its true clinical meaning. There is discrepancy on whether this term determines a level of severity, an organization of personality or a defined syndromic entity. In 1938, Stern was the first author to use the term *borderline*, and it was not introduced in the DSM-III until 1980,

Objective. This work makes a historical review of the use of the term *borderline* and also of those terms that have been used to define patients with the same characteristics.

Conclusion. The different schools (psychoanalytic, biological, eclectic and biosocial) have different concepts on the term *borderline*. There is still no concise and exact definition for the diagnostic criteria of *borderline* and it is even possible the best term for this group of patients has still not been determined. It will be important to consider the contributions of the DSM-V or ICD-11 in the next years.

Key words:
Disorder. Personality. *Borderline*.

INTRODUCCIÓN

El primer autor en usar el término *borderline* fue Stern, en 1938, en una publicación psicoanalítica²⁸. En ese momento, el término *borderline* denominaba a un «grupo límite de las neurosis». Los estudios de los psicoanalistas favorecieron el uso del término y su posterior inclusión en las clasificaciones internacionales. El término *borderline* aparece por primera vez en la clasificación DSM en 1980 (DSM-III)⁵⁰ y en la clasificación CIE en 1994 (CIE-10) como trastorno de personalidad inestable⁵¹.

A pesar de ello, siguió considerándose un término ambiguo y difuso. Millon consideró muy oportuna la aportación del DSM al incluir el trastorno límite de personalidad, ya que describía una población muy importante que hasta entonces carecía de diagnóstico oficial. Pero a su vez realizó una notable crítica acerca del término *borderline* (o límite)

Correspondencia:
José Luis Carrasco
Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico San Carlos
Madrid
Correo electrónico: jcarrasco.hcsc@salud.madrid.org

porque consideraba que no era un término idóneo¹. Para Millon el término *borderline* refiere un nivel de gravedad y no una descripción, de modo que propuso otras denominaciones, tales como trastorno ambivalente, trastorno inestable, trastorno impulsivo, trastorno quijotesco, etc.

Finalmente, el término *borderline* se mantuvo, pero su evolución en las deliberaciones del comité del DSM-III reforzó la noción de que se trata de una entidad diagnóstica que describe un nivel avanzado de disfunción y que sus características clínicas no son las de un síndrome de la personalidad, sino las correspondientes a un trastorno del espectro afectivo, según Millon. En este sentido se parecería al síndrome esquizotípico que actualmente está incluido en los trastornos psicóticos en la CIE-10.

Recientemente, Vicente Rubio Larrosa² ha definido el término trastorno *borderline* como el «más desafortunado» para denominar este trastorno. Considera que la denominación límite es secuela histórica de cuando este trastorno se consideraba fronterizo entre las psicosis y las neurosis. En cambio, le parece más afortunado la denominación trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Este autor en ocasiones ha defendido la utilización de otras denominaciones, tales trastorno global de la personalidad, trastorno generalizado de la personalidad, trastorno mórbido de la personalidad o trastorno deteriorante de la personalidad.

Su cambiante fenomenología ha hecho que generaciones anteriores de psiquiatras no lo reconocieran como entidad diagnóstica. Los pacientes *borderline* pueden aparecer como individuos desvalidos, agradables y deprimidos, que buscan la compasión de los demás o pueden aparecer como pacientes con trastornos de abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria o síntomas depresivos. Cuando se sienten amenazados pueden vivir situaciones de auténtico riesgo vital y se vuelven rabiosos y desesperados por evitar el abandono. Presentan sentimientos importantes de odio contra sí mismos que pueden conducir a conductas autolesivas, actos que sirven para castigarse, o pueden ser simplemente peticiones de auxilio. Si ante estas conductas autolesivas consiguen protección posterior, se perderá momentáneamente el miedo al abandono, pero tenderán a repetirse. Si no se producen estas conductas de petición de auxilio, el paciente puede llegar a abusar del alcohol o de otras drogas y bajo esta influencia vincularse a otras personas de forma perversa. Los episodios psicóticos suelen ser breves y pueden presentar también síntomas disociativos o de desrealización. Para el paciente *borderline* que realiza actos suicidas está presente la creencia de que la vida no merece ser vivida si no existe otro que le rescate, por lo que la mayoría de los gestos suicidas tienen lugar habitualmente cuando el rescate es posible³. La prevalencia en la población general se sitúa en un rango entre un 0,6 y un 3,5%⁴.

En 1938, Stern usó el término *borderline* para clasificar a los pacientes que testaban los límites de la terapia. Diez años

después, Knight denominó este diagnóstico como «cajón de sastre»⁵. En 1970, Kernberg y Masterson propusieron la etiqueta personalidad *borderline* y formularon los procesos del desarrollo y las estructuras intrapsíquicas que ayudaron a explicar estos pacientes. En esta misma época Grinker realizó los primeros esfuerzos para definir empíricamente los componentes del síndrome, y más tarde Gunderson continuó con la tarea y describió unos criterios más fiables que fueron adoptados por la American Psychiatric Association en 1980, cuando el término trastorno *borderline* de personalidad se convirtió en oficial.

A pesar de conformar un diagnóstico oficial el concepto seguía siendo difuso. Una primera propuesta fue que se trataba de una forma atípica de esquizofrenia (por los episodios fuera de la realidad, los beneficios que se obtenían con neurolepticos, etc.), aunque en la actualidad está totalmente desacreditada por fracasar el intento de demostrar una relación con la esquizofrenia. También surgió la idea de que era una forma atípica de trastorno afectivo (la mayoría de los pacientes sufren algún trastorno afectivo comórbido y tienen familiares afectados por trastornos afectivos) y esta posibilidad sigue siendo viable en la actualidad. Son pacientes que responden en muchas ocasiones a los antidepresivos y los estabilizadores del ánimo y coinciden neurobiológicamente con los trastornos afectivos. La tercera propuesta mostró que la mayoría de los pacientes *borderline* tenían antecedentes de experiencias traumáticas graves durante la infancia y por eso defendió que podría ser una forma atípica de los trastornos de estrés post-traumático (pero no cualquier individuo con antecedentes traumáticos desarrolla la clínica del *borderline* y a su vez existen *borderline* sin antecedentes traumáticos). Otra posibilidad viable es que esté dentro del espectro de los trastornos de impulsividad.

En la última década diversos estudios genéticos han ubicado este trastorno dentro del modelo médico y han inspirado más investigaciones sobre su biogenética. El hecho de que cada vez existan tratamientos más específicos para los trastornos límite de la personalidad subrayan el carácter diferente y la relevancia clínica de este diagnóstico⁶.

La heterogeneidad que tuvo siempre el cuadro en su presentación y en su conceptualización ha derivado a través de los años hacia la búsqueda de la característica o características esenciales de lo que denominamos personalidad límite o *borderline*. Perry y Klerman en 1978 señalaban la enorme cantidad de términos usados y el gran desacuerdo entre los distintos autores en cuanto a los atributos que caracterizan esta entidad, y que dificultan el estudio integrador de los antecedentes históricos de este trastorno⁷.

Aunque algunos teóricos han formulado el concepto límite como si representase un nivel de organización de la personalidad (Kernberg) o un nivel de gravedad (Millon, Stone), el grupo de trabajo del DSM-III eligió este nombre para denominar una entidad sindrómica definida.

A continuación se realizará una revisión histórica que permita una mejor comprensión del término y de su contexto.

REVISIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO *BORDERLINE*

La revisión histórica del término *borderline* presenta varios problemas. El primero es que el síndrome límite tiene unos precursores históricos y teóricos muy amplios y la exposición no se puede reducir únicamente a proposiciones que emplean el término «límite». Hay mucha literatura sobre síndromes que no se denominan «límite», pero que tienen las características clínicas que representan claramente el patrón de inestabilidad afectiva e interpersonal propio de este tipo de personalidad. Otro de los problemas es la cantidad de términos y el gran desacuerdo que existe entre los teóricos en cuanto a los atributos fundamentales del síndrome, que difiere en las distintas escuelas psicoanalíticas (Frosch, Kernberg, Knight, etc.) o de orientación biológica (Akiskal, Rosenthal y Khani, Klein, etc.).

Desde los primeros tiempos de la medicina los autores reconocen la coexistencia en una sola persona de emociones intensas y distintas como la euforia, la irritabilidad y la depresión. Si nos remontamos a la época clásica encontramos que Hipócrates o Areteo de Capadonia enumeraban los humores clasificándolos en bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema, y que a su vez se correspondían con una serie de temperamentos como colérico, melancólico, sanguíneo y flemático; lógicamente un equilibrio entre ellos era la normalidad. Describían de forma muy vívida la ira impulsiva, la manía y la melancolía, señalando que estos «hechizos» eran oscilantes y que probablemente las personalidades estaban sujetas a ellos⁸. En el año 180 a.C. Areteo hace, probablemente, la primera distinción entre neurosis y psicosis, describiendo una clase de enfermos capaces de ver las cosas tal y como las ve una persona sana, pero que por una falta de sentido crítico yerra en sus juicios. Teofrasto, discípulo de Aristóteles, a quien se debe la obra que lleva por título *Caracteres*, en la que se presentan 30 descripciones de otros tantos tipos psicológicos, describe de forma más clínica las alteraciones de los sujetos según su forma de ser o de comportarse⁹. Ovidio en su obra *Ars amandi* recomienda una especie de psicoterapia para los «enamoradozcos e inestables» con el objetivo de «apagar la llama cruel y liberar el corazón de la vergonzosa esclavitud».

En la Edad Media llaman la atención las teorías prefreudianas de San Agustín sobre la perversidad intrínseca del niño, fruto del pecado original.

Con la llegada del Renacimiento llegan las obras de Erasmo de Rotterdam (*Elogio de la locura*, 1508) y de Luis Vives (*De anima et vita*, 1538), en las que se profundiza en las explicaciones de la forma de ser, los caracteres y temperamentos. Juan Huarte de San Juan también contribuye en esa época con su obra *Examen de ingenios para las ciencias* en 1575¹⁰. Años más tarde, en 1621, aparece la obra *Anatomía*

de la melancolía de Robert Burton, donde se describen cuadros afectivos compatibles con la inestabilidad emocional afectiva y la sensación de vacío de los pacientes límite.

El término *folie maniaco-mélancolique* descrito por el francés Bonet en 1684 fue por primera vez la impulsividad y los estados de ánimo inestables en un único síndrome.

Posteriormente, en el siglo XVIII, Schacht y Herschel refuerzan la idea sugerida por Bonet de que esta inestabilidad del humor seguía una regularidad periódica de altos y bajos. Era inevitable una periodicidad de la covariación maniaco-depresiva.

Pinel, en 1801, describe la manía sin delirio (*manie sans délire*): pacientes que se dejaban llevar por un instinto furioso y por una crueldad sanguinaria, pero que no manifestaban disfunciones en el plano intelectual¹¹. Posteriormente, Pritchard en 1835 describe el concepto «insania moral», dando una connotación moral a estos cuadros, y deja una impronta que todavía perdura en nuestros días¹².

Unos años más tarde, Baillarger y Falret en 1854 resumen sus trabajos de 30 años con pacientes depresivos y suicidas, destacando que gran parte de los pacientes mostraban un curso depresivo interrumpido intermitentemente por periodos de irritabilidad, cólera, euforia y normalidad, denominando al síndrome *folie circulaire* y *folie à double forme*¹³. Estas descripciones serían precursoras sobre todo del trastorno bipolar, pero también del trastorno límite.

En 1882, fue Kahlbaum quien sugirió la creencia actual sobre la relación entre la manía y la melancolía. Las veía como facetas de una única enfermedad, que se manifestaba de diferentes maneras (a veces eufórica, a veces melancólica, otras veces excitable o colérica), pero a pesar de ello fue la primacía de las dos primeras lo que hizo más rígidas las futuras concepciones del síndrome y reorientó el pensamiento hacia horizontes distintos de la inestabilidad y la imprevisibilidad afectivas tan características. Este autor distinguió una variante más leve de la enfermedad, en la que eran típicos los periodos de normalidad, ciclotimia, y otra más grave y crónica del mismo trastorno y que fue denominada *vesania typica circularis*¹⁴.

Desde un enfoque distinto, en 1884, Hughes habla de una frontera de la locura y de personas que pasaban toda su vida de un lado a otro de esta línea. Escribía «la frontera de la locura está poblada por gran cantidad de personas cuya vida transcurre próxima a esa línea, a veces en un lado, a veces en el otro»¹⁵. Poco después, en 1890, Rosse describe la «locura límite» en pacientes que se movían entre la «razón y la desesperación»¹⁶.

Formulaciones modernas

Kraepelin, en 1921, concebía el temperamento irritable como una mezcla de estados fundamentales que describió como la «personalidad irritable» y que reúne los criterios

que actualmente recoge la clasificación DSM-IV del trastorno límite de personalidad, en especial la impulsividad, la inestabilidad afectiva y de las relaciones interpersonales, la ira intensa e inapropiada y los actos autolesivos. Kraepelin describe sus cuatro variantes temperamentales que denomina anómalas o morbosas¹⁷.

Dos años más tarde, en 1923, Schneider describe la «personalidad lábil», caracterizada por cambios rápidos y súbitos del estado anímico con reacciones violentas ante estímulos insignificantes y a los que atribuía un componente constitucional. En 1934 escribe la obra *Personalidades psicopáticas*, que se podría considerar la obra más importante de clasificaciones de trastornos de personalidad¹⁸.

Kretschmer, en 1925, escribe acerca de pacientes con un temperamento que denominaba «mixto cicloide-esquizoide», y que consistía en una actitud hostil hacia el mundo con una respuesta afectiva insuficiente, con brusquedad, nerviosismo e inquietud espasmódica¹⁹. Se considera a Kretschmer uno de los principales precursores del trastorno límite de personalidad actual a pesar de que pueda carecer de la congruencia e idoneidad de Kraepelin.

En ese mismo año, Reich habla de pacientes con «caracteres impulsivos», y destaca la intensa ambivalencia y los cambios rápidos del estado de ánimo de estos pacientes. Sitúa a estos pacientes entre los niveles leve y grave de patología. Describe a los pacientes con caracteres impulsivos como sujetos con agresiones infantiles, narcisismo primitivo y alteraciones del superyó. Consideraba la intensa ambivalencia y los cambios rápidos del estado de ánimo de estos individuos como un grupo «límite» de trastornos situados entre los niveles leves y graves de patología²⁰.

La aportación de Kasanin (1933) es también importante porque fue el primero en acuñar el término «esquizoafectivo». Opinaba que muchos de los casos de jóvenes psicóticos hospitalizados inicialmente con el diagnóstico de episodio esquizofreniforme agudo poseían en realidad las disposiciones sociales y las inclinaciones afectivas típicas de los maniacodepresivos²¹. Sus descripciones son algo tangenciales a la formulación límite, pero en algo comparables.

La primera vez que se usa el término *borderline* es en 1938, por Stern, en una publicación psicoanalítica²². Denomina «grupo límite de las neurosis» a pacientes que no puede situar claramente en las categorías psicóticas o neuróticas y que no responden satisfactoriamente a la intervención psicoterapéutica. Describe una «neurosis *borderline*» que se caracterizaba por 10 síntomas, rasgos del carácter y «formaciones reactivas», como narcisismo, hemorragia psíquica (imposibilidad de control), hipersensibilidad desordenada, rigidez psíquica, reacciones terapéuticas negativas, masoquismo, sentimientos de inferioridad, mecanismos de proyección, dificultad para evaluar la realidad e intensa ansiedad somática. Considera que estos pacientes tenían el sentimiento permanente de estar heridos o ser lastimados.

En este momento surgieron dos tendencias que a veces se solapaban. Psicoanalistas como Stern se preocupaban por el problema de identificar el límite entre los caracteres o trastornos neuróticos y las formas más graves de patología. La preocupación de los analistas fue lo que hizo que evolucionara gradualmente su idea hasta la formulación del DSM-III, que lo describió como «personalidad límite». Los clínicos hospitalarios intentaron diferenciar las formas manifiestas de esquizofrenia de las variantes límite, caracterizadas por designaciones como «latente», «ambulatoria» o «incipiente». Esta última línea fue la que finalmente moldeó el síndrome y los criterios para la personalidad «esquizotípica» del DSM-III.

En 1942, Helene Deutsch afirma que estas personalidades son incapaces de tener auténticos sentimientos e intereses o desarrollar verdaderas identificaciones yoicas y superyoicas, pero actúan «como si» las tuvieran²³. Este tipo de personas nunca tuvieron un verdadero superyó internalizado, estando, sin embargo, en dependencia de los controles externos que los limitan y controlan en su conducta exterior. Deutsch compara la personalidad histérica (represión del afecto) con la personalidad *borderline* (deficiencia de afecto).

Un autor español, Merenciano, en 1945 escribe un libro titulado *Psicosis mitis*, donde describe a pacientes con cuadros que no podía encuadrar en la psicosis²⁴.

Propuestas contemporáneas

La primera autora que utilizó el término límite en las publicaciones posteriores a la Segunda Guerra Mundial fue Schmideberg, en 1947. Esta autora afirmaba que los rasgos característicos del *borderline* no son sus síntomas, sino el profundo trastorno de personalidad que afecta a casi todas las áreas de la vida: relaciones interpersonales, profundidad de sentimientos, identificación y empatía, actitud frente a la sociedad y la realidad, volición y autocontrol, sublimaciones, trabajo, capacidad para gozar y la necesidad de placer, vida sexual, etc. Describe las relaciones de objeto de estos pacientes como superficiales y débiles. No lo considera una única entidad clínica, sino que el término *borderline* comprende diferentes combinaciones de rasgos y todo un compendio de síntomas. Para esta autora el concepto límite representaba un alto nivel de funcionamiento en el que se unían características de normalidad, neurosis, psicosis y psicopatía. Para Schmideberg los límites deberían dividirse en subgrupos, como depresivos, esquizoides y paranoides²⁵.

Dos años más tarde, Hoch y Polantin (1949) introducen el término de esquizofrenia pseudoneurótica, en la que tras de los síntomas neuróticos se encuentran los síntomas primarios de la esquizofrenia. Como síntomas secundarios y a su vez más visibles del cuadro clínico presentarían panangustia, panneurosis y pansexualidad²⁶. Afirman que a su vez pueden presentar episodios psicóticos de características variables, que son de breve duración y con restitución completa.

Wolberg (1952) describe la situación de un niño que, por un lado, quiere seguir obedeciendo a sus padres y seguir siendo su «niño», y por otro lado manifiesta la resistencia a obedecerles. Esta situación crea un estado de ansiedad y depresión en el niño, una necesidad continua de confirmación del amor, una hipersensibilidad al rechazo anticipado de los demás, sentimientos de fracaso personal, soledad y vacío, proyecciones hostiles hacia los demás seguidas de arrepentimiento y culpa, conductas autolesivas o autodestructivas (consumo de alcohol y otras drogas, que aumentan la ansiedad y depresión), volviendo a iniciar el círculo vicioso²⁷.

En 1953, Knight se centró en los episodios de esquizofrenia y otras psicosis, pero contribuyó de manera esencial en la importancia de la «debilidad del yo», considerándola un elemento crucial en la estructura de la personalidad límite²⁸. Concluyó que los episodios psicóticos pueden ocurrir sobre estructuras límite. Según este autor el yo del paciente fronterizo opera defectuosamente como resultado de tendencias constitucionales y sucesos traumáticos con perturbaciones de las relaciones humanas. En esas mismas fechas, Frosch denominó los «trastornos del control de impulsos»²⁹.

El término límite según las distintas escuelas

La concepción de la personalidad límite varía según las distintas teorías de la personalidad. Desde una perspectiva psicoanalítica se mantiene la idea de que consiste en una configuración estructural o una organización del carácter a medio camino entre la patología neurótica y la psicótica. Desde una perspectiva más biológica se sostiene la hipótesis de que el síndrome debe considerarse como un conjunto de variantes de la personalidad dentro del espectro de los trastornos afectivos (Akiskal) o impulsivos. Y para otros autores se trataría de un nivel de funcionamiento estable y moderadamente grave que reúne una variedad de subtipos de personalidad (Grinker). A pesar de las diferentes concepciones del concepto se mantiene la dificultad para definir y categorizar un núcleo de elementos como indicadores de una entidad diagnóstica.

Modelo psicoanalítico

El modelo psicoanalítico ha intentado buscar los rasgos comunes que están en la base de este proceso. A partir de la década de 1960 estudian los mecanismos de defensa, los niveles de maduración del yo y las relaciones objetales de estos pacientes.

Knight, en 1953, usa el término *borderline* para describir un síndrome entre la psicosis y neurosis²⁸. Da importancia a la debilidad del yo, considerándola un elemento indispensable en la estructura límite de personalidad. En ese mismo año, Jacobson denominó a estos pacientes «ciclotímicos límites» y trató de interpretar su comportamiento en términos psicoanalíticos³⁰.

El primer estudio empírico en el que se emplearon criterios explícitos para incluir una muestra de la población límite fue realizado por Grinker en 1968³¹. Se preguntaba si existía un estado *borderline* que pudiese ser descrito y si dentro de éste pudiese haber varios subtipos. Se sometieron los datos de los pacientes a un análisis de racimo y se agruparon las principales características comunes y diferenciales en cuatro subgrupos: el más cercano al psicótico («límite psicótico»), pasando por el grupo «nuclear» («límite fundamental»), el grupo «como si», que representaban un grupo similar a la personalidad esquizoide del DSM, y el grupo más cercano a la neurosis («límite con la neurosis»). Los cuatro grupos coincidían en las siguientes características: la ira, los defectos en las relaciones afectivas, la ausencia de indicaciones de identidad propia y la soledad depresiva.

Easser y Lesser, en 1965, describen los síntomas afectivos de los llamados límites «histeroides»³². Presentan los típicos comportamientos de la personalidad histérica clásica, pero en una variante mucho más alterada. Son pacientes que se parecen a los que Kernberg denominó «personalidad infantil».

Según las distintas escuelas, el énfasis se pone en distintos aspectos. La escuela americana pone el énfasis en la labilidad yoica o del *self* y en la difusión de la identidad. La escuela inglesa da importancia a la ansiedad psicótica y los mecanismos caracterológicos neuróticos que se erigen frente a ésta, y un modo particular de vivir la relación con el objeto. Uno de los autores más importantes de la escuela británica es Winnicott, que en 1968 define el término *borderline* cuando se refiere a los pacientes en los cuales el núcleo de perturbación es psicótico, pero revelan una organización psiconeurótica suficiente y centra sus estudios en la importancia de los objetos transicionales de la primera infancia y en que los pacientes *borderline* no tienen una historia de la presencia de esos objetos³³. La escuela francesa considera el factor más importante los síntomas depresivos, y que el trastorno aparece por un fallo de la estructuración neurótica o psicótica para orientarse hacia uno de estos dos polos.

Otro autor de la escuela británica Modell (1963) describe varios casos límite que se caracterizaban por una tendencia a la «relación transicional», una inclinación a atribuir a quienes ellos idealizan una omnipotencia mágica³⁴.

Las teorías de Mahler et al. contribuyeron mucho al entendimiento de la patogenia del trastorno límite. Carlos Paz, en 1975, encuentra en los trastornos *borderline* trastornos en la relación con la realidad, perturbaciones defensivas (represiones defectuosas), trastornos del pensamiento, trastornos en la regulación de la agresión, trastornos de la sexualidad (fantasías sadomasoquistas, promiscuidad, fantasías perversas), expresiones y movimientos corporales típicos (tirarse de los dedos de las manos y de las rodillas), presencia de ansiedades confusionales, vínculos transferenciales y contratransferenciales característicos, etc.

Actualmente, uno de los autores más importantes y relevantes es Kernberg (1979). Sus investigaciones han estado influenciadas por las teorías de Stern y Knight, Klein y Winnicott. Escribe sobre la «organización de la personalidad límite». Considera que los sujetos *borderline* poseen ciertas características estructurales comunes, estables y duraderas que constituyen un intermedio entre la organización psicótica y neurótica³⁵. Son pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad, específica y estable. Es característica la debilidad del yo. Para este autor el principal mecanismo de defensa es el *splitting*, que define como un proceso activo de conservar apartadas las introyecciones y las identificaciones de cualidad opuesta. Kernberg divide la organización *borderline* en dos niveles: la organización más neurótica (personalidades sadomasoquista, ciclotímica, dependiente, histriónica y narcisista) y la organización más psicótica (personalidad paranoide, hipocondríaca, esquizotípica, hipomaniaca, antisocial y narcisista maligna). Como resultado de sus estudios se fue hablando más de una «estructura de personalidad *borderline*» como algo estable y diferenciable, tanto de la neurosis como de la psicosis, y que por tanto iba adquiriendo identidad propia.

Centrar el problema en la relación con la madre es la aportación de Masterson (1976), quien explica que todo intento de separación del niño provoca en la madre sentimientos de depresión y reproches. Siguiendo la clasificación evolutiva de Mahler, hace una división entre los estados *borderline* bien adaptados y que generalmente no consultan, y los síndromes clínicos *borderline* en los que el miedo básico es ser engullido o abandonado por la madre y no hay delirio ni regresiones profundas³⁶. Para el autor el cuadro es una detención del desarrollo fijado en la fase de reencuentro cordial, momento de separación e individualización infantil.

Para Rinsley, la patogenia del trastorno límite se centra en una presencia materna muy deficiente. En cambio, Stone (1993) centra el período de la adolescencia como origen del conflicto³⁷. Considera que estos pacientes presentan una predisposición innata a las enfermedades afectivas y una historia de abusos parentales. Gabbard (1994) aportó también sus descripciones de los procesos intrapsíquicos de trastorno, sobre todo los que se observaban durante las entrevistas terapéuticas³⁸.

Modelo ecléctico-descriptivo

Es el modelo seguido por el DSM que tiene a Gunderson como autor más importante. Gunderson y Zanirini, en 1989, consideran que existe un trastorno definido de personalidad que puede describirse claramente y diagnosticarse al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos. Se centra en cinco áreas: impulsos y acciones (alcohol, auto-agresión, promiscuidad y bulimia), afectos (depresión, rabia, ansiedad y desesperación), psicosis (episodios cortos y de poca gravedad), relaciones interpersonales (dependientes, masoquistas, manipuladores y desvalorizadores) y adaptación so-

cial (aparentemente sin dificultades). Caracterizan este síndrome del siguiente modo: afectividad intensa, incapacidad para el placer, comportamientos impulsivos y alteraciones en la identidad, que pueden asociarse a episodios psicóticos breves. Propone las siguientes características distintivas: automutilaciones, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento casi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratrasferencia³⁹. Zanarini aporta a estos estudios la opinión de que los límites están dentro del espectro de los trastornos de los impulsos en vez de ser una variante del espectro de los trastornos afectivos⁴⁰. Gunderson desarrolla la entrevista diagnóstica del trastorno *borderline*.

Modelo biológico

Se considera que el trastorno representa un conjunto de síndromes clínicos, cada uno con su origen, curso y pronóstico propio. Propone tres subtipos: el relacionado con la esquizofrenia, el relacionado con los trastornos afectivos y el relacionado con los trastornos cerebrales orgánicos.

Dos principales autores de esta escuela, Costa y Widiger (1993), describen un modelo dimensional de cinco factores que determinan el factor neurótico (hostilidad, impulsividad, vulnerabilidad, depresión y ansiedad). Para los autores, los límites puntúan alto en esta dimensión neurótica. Han intentado reformular las diferentes personalidades del DSM-IV⁴¹. A su vez, Akiskal denomina ciclotimia a un trastorno límite o subclínico de la personalidad en relación con el espectro bipolar. Este autor, en 1985, considera que *borderline* era un «adjetivo en busca de un nombre»⁴². Apoya la idea de que lo que ellos denominan ciclotimia es un trastorno límite de personalidad que se encuentra en parientes biológicos de los maniacodepresivos que les predispone a la forma clínica de la enfermedad. La asociación entre *borderline* y una disfunción serotoninérgica ha sido descrita por Siever y Davis en 1991: la serotonina está disminuida y la noradrenalina hiperactiva⁴³.

Modelo biosocial

Destacan autores como Linehan, que en 1993 considera que el trastorno límite de personalidad es una disfunción de la regulación emocional, que se produce como resultado de una tendencia genética más un entorno invalidantes en que los padres fracasan en ayudar al niño a manejar la emoción. Linehan desarrolla la teoría dialéctica: la mayoría de los comportamientos del límite se pueden explicar como resultado de errores dialécticos entre los polos opuestos en los que a menudo se mueve el *borderline*⁶. Paris (1994) considera que el factor de riesgo de los *borderline* es la desintegración social, refiriéndose a que la sociedad actual espera que el sujeto funcione de forma independiente, disminuyendo el apoyo y contención y generando un aumento de los comportamientos característicos del límite: conductas

impulsivas, abuso de sustancias y conductas parasuicidas. Propone lo que denomina un «enfoque multidimensional» y recomienda tener en cuenta los «riesgos sociales»⁴⁴.

En las últimas décadas, Millon ha contribuido de manera importante en los estudios sobre trastornos de personalidad. En 1985 describe un modelo de aprendizaje biosocial y señala que, junto a la disposición constitucional y a las experiencias tempranas de la vida, tienen un papel muy importante los factores sociales y culturales. En 1996 divide el patrón límite en varios subtipos: límite desairado, límite impulsivo, límite petulante y límite autodestructivo. La ruptura de las normas sociales está creando un aumento de riesgo de la patología límite, y el cambio social rápido interfiere en la transmisión intergeneracional de valores, reduciendo la importancia de la familia y la comunidad. El patrón *borderline* resulta del deterioro de patrones previos no tan graves. Millon describió en 1975 el llamado «límite cicloide»: «presentan inestabilidad intensa en el estado de ánimo, irregularidades de la activación, conciencia autocondenatoria, ansiedad por dependencia y ambivalencia cognitivo-afectiva»¹. Este texto se revisó posteriormente y se cambió por el nombre «trastorno inestable de la personalidad». Posteriormente, Spitzer, Endicott y Gibbon, en 1979, añadieron criterios de diversos clínicos que se habían especializado en este trastorno, y se denominó por el DSM-III «personalidad límite». Spitzer et al. escriben un artículo después de hacer una revisión a través de la literatura y deciden que hay principalmente dos formas de entender lo que se denomina «*borderline*»⁴⁵. La primera entraría a formar parte del círculo de la personalidad y la segunda de la esquizofrenia. En el primero estarían Gunderson y Kernberg como representantes, definiendo a los pacientes con características relativamente estables de la personalidad, que tienen un tratamiento y una evolución que avalan la vulnerabilidad y la inestabilidad propia de ellos. En el segundo estarían Wender, Kety y Rosenthal como representantes, y describirían a los pacientes con características psicopatológicas relativamente estables en el tiempo que se presumen genéticamente determinadas, e incluirían en el espectro patológico a la esquizofrenia crónica. Autores como Zanarini, en 1993, relacionan los trastornos de personalidad *borderline* con los trastornos impulsivos en vez de ser variante de los afectivos⁴⁶. Por otra parte, Kroll los relaciona con los trastornos por estrés posttraumático⁴⁷, y estudios de Carrasco et al. muestran hallazgos de una posible hipersensibilidad de los sistemas de retroinhibición del eje hipotálamo-hipofisoadrenal en los *borderline*, al igual que en los trastornos de estrés posttraumático⁴⁸.

Modelo cognitivo

El modelo cognitivo tiene como máximo representante a Beck (1990), y considera el trastorno como resultado de esquemas y patrones cognitivos disfuncionales⁴⁹. En sus estudios destaca su aportación para mejorar el entendimiento de las creencias disfuncionales que controlan las respuestas

emocionales y comportamentales patológicas de estos pacientes: «lo más característico son la intensidad de sus reacciones emocionales y la variabilidad de sus estados de ánimo. En la terapia cognitiva estos pacientes suelen salir a la luz».

CONCLUSIÓN

Han sido muchas las denominaciones de lo que ahora llamamos trastorno límite de personalidad y también muchas las acepciones del concepto. A pesar de su inclusión en el DSM, muchos autores critican este concepto y ponen en duda la idoneidad de su clasificación dentro de los trastornos de personalidad. Algunas de sus características fenomenológicas, como la impulsividad, la inestabilidad afectiva o el curso del trastorno, apoyarían la sugerencia de algunos autores de situar este trastorno en el espectro de los trastornos afectivos o impulsivos. En un futuro el avance en la investigación de este trastorno y los nuevos modelos de clasificación ayudarán a una mejor delimitación y, quizá, denominación del trastorno límite de personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Millon T. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, 2003.
2. Rubio V, Pérez A. Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier, 2003.
3. Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Medica, 2003.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de psiquiatría. Barcelona: Waverly Hispánica, 2004.
5. Knigh RP. Borderline states. Bull Menninger Clin 1953;17:1-12.
6. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline patients. Bull Menninger Clin 1987;51:261-76.
7. Perry JC, Klerman GL. The borderline patient. Arch Gen Psychiatry 1978;35:141-50.
8. Tratados hipocráticos I. Madrid: Gredos, 1983.
9. Teofrasto: caracteres. Madrid: Gredos, 1998.
10. Huarte de San Juan J. Examen de ingenios para las ciencias. En: de Torre E, editor. Madrid: Editorial Nacional, 1977.
11. Pinel PH. Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale. Paris: Brosson, 1842.
12. Prichard JC. A treatise on Insanity and other disorders affecting the mind. Londres: Sherwood, Gilbert and Piper, 1835.
13. Baillarger M. De la folie a double forme. Annee Medicales Psychologie 1854;27:369-84.
14. Kahlbaum KL. Uber zyklisches irresein, irrenfreund. Berlin: Springer, 1882.
15. Hughes CH. Moral affective insanity: psico-sensory insanity. Alienist Neurologist 1884;5:296-315.
16. Rosse JC. Clinical cases of insanity and imbecility. Am J Psychiatry 1890;47:263-7.
17. Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia. Edinburgh, Scotland: Livingstone, 1921.
18. Schneider K. Las personalidades psicopáticas. Madrid: Morata, 1951.

19. Kretschmer E. *Körperbau und charakter*. Berlin: Springer Verlag, 1925.
20. Reich W. *Der triebhafte charakter*. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1925.
21. Kasanin J. Acute schizoaffective psychoses. *Am J Psychiatry* 1933;97:97-120.
22. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neurosis. *Psychoanal Q* 1938;7:467-89.
23. Deutsch H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanal Q* 1942;11:301-21.
24. Mereciano M. *Psicosis mitis*. Madrid: Diana, 1945.
25. Schmideberg M. The treatment of psychopaths and borderline patients. *Am J Psychother* 1947;1:45-55.
26. Hoch PH, Polatin P. Pseudoneurotic form of schizophrenia. *Psychiatric Q* 1949;23:248-76.
27. Wolberg A. The borderline patient. *Am J Psychother* 1952; 6:694-701.
28. Knight RP. Borderline states. *Bull Menninger Clin* 1953;17:1-12.
29. Frosch J. Psychotic character. *J Am Psychoanal Assoc* 1960;8: 544-55.
30. Jacobson E. Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression. *Affective disorders*. New York: Internacional Universities Press, 1953; p. 49-83.
31. Grinker RR, Werble B, Drye RC. *The borderline syndrome*. New York: Basic Books, 1968.
32. Easser R, Lesser S. Hysterical personality: A re-evaluation. *Psychoanal Q* 1965;34:390-402.
33. Winnicott DW. Primitive emotional development. En: Winnicott DW, editor. *Collected papers*. Londres: Tavistock, 1958. (Original work published, 1945).
34. Modell A. Primitive object relationships and personality: beyond the person-situation debate. *Am Psychol* 1963;34:740-54.
35. Kernberg OF. Two reviews of the literatura on borderlines: an assessment. *Schizophr Bull* 1979;5:53-8.
36. Masterson JF. *Psychotherapy of the borderline adult: a developmental approach*. New York: Brunner/Mazel, 1976.
37. Stone, MH. Etiology of borderline personality disorder: psychological factors contributing to an underlying irritability. En: Paris J, editor. *Borderline personality disorder: etiology and treatment*. Washington: American Psychiatric Press, 1993. p. 87-101.
38. Gabbard OG. *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
39. Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1981;138:896-903.
40. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other Axis II disorders. *J Personal Disord* 1989;3:10-8.
41. Costa PT, Widiger T. *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington: American Psychological Association, 1993.
42. Akiskal HS, Djenderedjian AH, Rosenthal TL, Khani MK. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry* 1977;134:1227-33.
43. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:1647-58.
44. Paris J. *Borderline personality disorder: a multidimensional approach*. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
45. Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:17-24.
46. Zanarini MC. Borderline personality as an impulse spectrum disorder. En: Paris J, editor. *Borderline personality disorder: etiology and treatment*. Washington: American Psychiatric Association Press, 1993.
47. Kroll J. *PTSD/borderlines in therapy*. New York: Norton, 1993.
48. Carrasco JL, Díaz-Marsá M, Pastrana JI, Molina R, Brotóns L, Horcajadas C. Hipersupresión de cortisol con dexametasona en el trastorno límite de la personalidad. Un estudio piloto. *Act Esp Psiquiatr* 2001;29:47-57.
49. Beck AT, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford, 1990.
50. APA (American Psychiatric Association). *DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1996.
51. OMS. *Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*, 10.^a ed. Madrid: Meditor, 1992.