

¿Quién es el paciente límitrofe?

Cristina Gómez de Cortés*

Summary

When the borderline concept is discussed in different contexts (psychiatry, psychology or psychotherapy) people frequently think they are talking about the same patient. However, different definitions arise upon reviewing this concept.

Does it refer to a specific personality disorder? To a clinical syndrome? To a functioning level between neurosis and psychosis? Is it a subtype of an affective, schizophrenic or epileptic disorder?

For the most part, the confusion comes from two different approaches striving to define the concept: the descriptive approach which emphasizes the diagnostic symptomatology vs. the psychodynamic approach that points out structural, dynamic and development considerations as diagnosis criteria. These two approaches, even though separated, are not totally unrelated. They remain independent because their observations stem from different emphasis, contexts and methodology. Within different methods and theoretical frames, their conclusions cannot be compared although they theoretically might complement each other. The description-oriented approach represented by the DSM-IV views borderline as one of a number of distinct personality disorders, and attempts to differentiate this category from the other personality disorders. Kernberg's psychodynamic approach, in turn, considers borderline as a psychic level of functioning or a stable ego organization -somewhere in between the neurotic and the psychotic- that might give room to various types of personality. (Within this frame, we could talk about a narcissistic personality with a borderline level of functioning). The value of the descriptive approach lies on the diagnosis accuracy. It is difficult, however, for such an approach to conceptualize a patient presenting strong contradictions as regards internal and external functioning. Those who support the psychodynamic diagnosis argue that, in order to fully understand the superficial adaptation of a patient concealing an internal chaos, the structural principles underlying such a complex personality should be also understood.

This review intends to clarify the different ways in which the borderline concept can be understood and approached nowadays: as part of the schizophrenic spectrum or the affective disorders; as a psychic level of functioning between neurosis and psychosis; as a clinical syndrome; and as a specific personality disorder.

The reviewed literature supports the concept of a borderline disorder of personality as a valid diagnostic entity, but it also seems to place the concept of borderline on a rather heterogeneous group of patients, with a high rate of comorbidity.

Within the descriptive approach, some authors offer to redefine the concept as a real personality disorder, changing its name for greater accuracy. Other authors even suggest eliminating this term from the descriptive nosology.

As to the psychoanalytic approach, important theorists do not talk about a specific personality disorder but of a psychopathologically stable functioning level, while others view it as a spectrum of disorders where pathology greatly varies.

We thus find that when referring specifically to the DSM-IV, we are not necessarily dealing with the Gunderson, Kernberg, Akiskal or Chessick patients. There are differences that may have implications on the way this patient is approached and treated today.

Even though for some professionals the borderline entity keeps on being a vague and confusing concept, for others it is a useful way of gathering a group of difficult patients who deserve being identified for a special attention.

The present paper also includes a summary of the phenomenological and psychodynamic aspects of the borderline patient. Both approaches might complement each other in an effort to better understand such a complex personality.

Key words: Borderline personality, descriptiva approach, psychodynamic approach, personality disorder, psychic level of functioning.

Resumen

Diversos términos -límite, límitrofe, fronterizo y *borderline* parecen aludir al mismo paciente. No obstante, diferentes definiciones surgen tras la revisión del concepto.

¿Se refiere a un trastorno específico de la personalidad, a un síndrome clínico, a un nivel de funcionamiento intermedio entre la neurosis y la psicosis, a un subgrupo de los trastornos afectivos de la esquizofrenia o la epilepsia?

En gran parte, la confusión proviene de dos enfoques diferentes que se esfuerzan por definir el concepto: el enfoque descriptivo que pone el énfasis en la sintomatología diagnóstica frente al enfoque psicodinámico que destaca aspectos estructurales, dinámicos y de desarrollo como criterios diagnósticos. Estos dos enfoques aunque separados no dejan por ello de estar relacionados. Se han mantenido independientes porque las observaciones de ambos grupos provienen de contextos, metodologías y énfasis diferentes. Al contar con marcos teóricos y métodos distintos, sus conclusiones no pueden compararse aunque teóricamente pueden complementarse.

El enfoque descriptivo, representado por el DSM-IV, ve el concepto límitrofe como uno de los muchos trastornos de la personalidad que son distintos entre sí, mientras que el enfoque psicodinámico de Kernberg lo considera como un nivel de funcionamiento psíquico o de organización yoica estable —entre la neurótica y la psicótica— que puede dar cabida a distintos tipos de personalidades (dentro de este marco, se puede hablar de una personalidad narcisista con un nivel organizacional límitrofe).

El valor del enfoque descriptivo radica en la precisión del diagnóstico, no obstante, es difícil definir a un paciente que presenta marcadas contradicciones en su funcionamiento interno y externo. Aquellos que apoyan el diagnóstico psicodinámico argumentan que, para entender la superficial adaptación de un paciente que encubre un caos interno, es preciso comprender los principios estructurales que subyacen a tan compleja personalidad.

La presente revisión pretende aclarar las diferentes maneras de entender y abordar al paciente *borderline* en la actualidad, ya como parte del espectro de la esquizofrenia o de los

* Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma de Guadalajara. Psicoterapeuta Psicoanalítica, Asociación Psicoanalítica Jalisciense. Correspondencia: San Isidro Sur 222-4, Las Cañadas, Apdo. 72, 45000 Zapopan, Jal, Fax(3)135 1000.

trastornos efectivos, como un nivel de funcionamiento intermedio entre la neurosis y la psicosis; como un síndrome clínico; y como un trastorno específico de la personalidad.

La revisión de la bibliografía señala que algunas investigaciones parecen apoyar al trastorno límitrofe de la personalidad como una entidad diagnóstica válida, pero, por otra, parecen ubicar también a un grupo bastante heterogéneo de pacientes con un alto índice de comorbilidad. Dentro del enfoque descriptivo, algunos autores proponen redefinir el concepto como un verdadero trastorno de la personalidad. Sugieren cambiarle el nombre para darle una mayor precisión y, otros incluso, sugieren eliminar el término de la nosología descriptiva.

Teóricos importantes dentro del ámbito psicoanalítico, hablan no de un trastorno específico de la personalidad, sino de un nivel de funcionamiento psicopatológicamente estable. Otros dicen estar ante un espectro de trastornos en los que la patología varía grandemente. De este modo, encontramos que cuando se habla genéricamente del *borderline* refiriéndose específicamente al paciente del DSM-IV no necesariamente se está aludiendo al paciente de Gunderson, de Kernberg, de Akiskal o de Chessick. Se observan diferencias no sólo entre la concepción del enfoque descriptivo y la del psicodinámico, sino también diferencias dentro de los mismos enfoques. Esto puede traer implicaciones para abordar a este tipo de pacientes. Si bien, para algunos el concepto sigue siendo vago y confuso, para otros resulta de suma utilidad para tratar grupos de pacientes difíciles que deben ser identificados adecuadamente para una atención especial.

El presente trabajo proporciona, asimismo, una recapitulación de los aspectos fenomenológicos y psicodinámicos del paciente límitrofe. Además, concluye diciendo que ambos enfoques pueden complementarse para comprender y abordar mejor a tan compleja personalidad.

Palabras clave: Personalidad límitrofe, enfoque descriptivo, enfoque psicodinámico, trastorno de personalidad, nivel de funcionamiento psíquico.

El concepto límite, límitrofe, fronterizo o *borderline* ha sido uno de los más controvertidos dentro del campo psicoanalítico y de la psiquiatría descriptiva durante los últimos años. A pesar de que en un principio se aplicó a pacientes que no podían ser clasificados de otra manera, ni como psicóticos ni como neuróticos, el término ha ido difundiéndose y adquiriendo una gran aceptación. "Como la histeria lo fue en la época de Freud, el paciente límitrofe es el problema de nuestro tiempo. Edipo ha sido reemplazado por Hamlet como el prototipo mítico... Ahora la palabra mágica es paciente límitrofe" (44).

Si bien muchos están de acuerdo en emplear el término, existe una gran discrepancia en cuanto a su definición. ¿Se refiere a un tipo específico de paciente, a un estado, a una organización de la personalidad, a un carácter, a un patrón, al espectro de la esquizofrenia, a una condición o a un síndrome determinado? (13). Para algunos el concepto sigue siendo vago y confuso (2), para otros, resulta de suma utilidad para abordar a grupos de pacientes "difíciles" (40). Se dice que son "difíciles" porque: responden atípica y paradójicamente al tratamiento farmacológico (7,28,38); establecen lazos intensos, dependientes y manipuladores en sus relaciones cercanas, incluida la situación terapéutica. Su alto grado de idealización y sus expectativas mágicas de curación los lleva a decepcionarse fácilmente y, por consiguiente, a abandonar la terapia. Presentan severas regresiones, crisis repetidas, reacciones primitivas y un elevado riesgo suicida que oscila imprede-

ciblemente entre intentos de manipulación y un genuino deseo de morir (3,24,37,42,47). Todas estas características llevan a verdaderas tormentas contratransferenciales donde el coraje y la ansiedad agotan la paciencia del terapeuta. Son ataques directos al narcisismo y a la autoestima del profesional, ya que, como dice Chessick (8), es aquí donde el terapeuta "se enfrenta más dolorosamente con sus debilidades y deficiencias".

A pesar de la controversia, el término ha ganado aceptación entre los profesionales de la salud mental. En opinión de algunos (34), el problema inicial radica en saber diferenciar entre la personalidad límitrofe del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (3,4), las de Kernberg, de Gunderson y de algunos otros autores que han contribuido a aclarar (o a complicar) el panorama.

Los esfuerzos por delinear el concepto límitrofe como una entidad definida e independiente, proviene de dos líneas de desarrollo que si bien han caminado en forma paralela, rara vez se han influido recíprocamente (13,44). Una de ellas está constituida por los descubrimientos psicoanalíticos y las formulaciones psicodinámicas que intentan establecer las raíces estructurales, dinámicas y de desarrollo del trastorno. La otra línea proviene de la descripción, en el campo psiquiátrico, de las conductas, de los síntomas y de los rasgos que diferencian al trastorno límitrofe de los demás trastornos de la personalidad.

Estos dos enfoques, aunque separados, no dejan de relacionarse mutuamente. Se han mantenido independientes porque las observaciones de ambos grupos provienen de contextos, metodologías y énfasis diferentes. Aunque sus conclusiones no puedan compararse, teóricamente sí pueden complementarse.

Gran parte de la confusión en torno a la definición del trastorno límitrofe, proviene de la falta de proximidad de estos enfoques. Akiskal (2) en un artículo titulado "Borderline: un adjetivo aún en busca de un nombre", afirma que, a pesar de la gran cantidad de trabajos en los últimos años: "persisten controversias respecto al estatus nosológico de las condiciones límitrofes".

¿A qué se refiere realmente el concepto límitrofe?

Stone (39) opina que, aun cuando el diagnóstico del DSM-IIIR y IV (3,4) está ganando aceptación, es difícil comprenderlo o apreciarlo en su totalidad, esto debido a que no se sabe su origen y su relación con otras definiciones. Stone menciona cuatro diferentes usos del término "límitrofe":

- 1) Como parte del espectro de dos psicosis clásicas: la esquizofrenia o la maníaco-depresiva.
- 2) Como un síndrome.
- 3) Como un trastorno específico de la personalidad.
- 4) Como un nivel de funcionamiento u organización psíquica.

1. El trastorno límitrofe como parte de un espectro psicótico

El término se utilizó inicialmente para describir formas incipientes o menos severas de la esquizofrenia. De

acuerdo con algunos autores (10,39), los primeros intentos por definir en forma más sistemática la esquizofrenia límitrofe, provienen de los estudios realizados por Kety, Rosenthal y Wender con pacientes esquizofrénicos adoptados poco después de su nacimiento. Estos investigadores lograron hacer comparaciones detalladas entre los familiares biológicos y los familiares adoptivos de dichos pacientes. En los primeros, encontraron un grupo que no cumplía estrictamente con los criterios de la esquizofrenia y al que llamaron "estado límitrofe". Este grupo se caracterizó por tener trastornos de pensamiento, micropsis, despersonalización, lenguaje vago, sexualidad caótica, múltiples manifestaciones neuróticas y ansiedad difusa. Recientemente, los criterios se hicieron más objetivos y se incluyeron en el DSM-III como un trastorno de personalidad esquizotípica. Si bien en un principio se le relacionó con la esquizofrenia, en la actualidad es posible discriminar el trastorno límitrofe de manera más confiable. De acuerdo con las investigaciones, existen diferencias en cuanto a los síntomas, la evolución y la etiología que confirman la independencia de ambos trastornos (40,45).

A finales de la década de los setenta, el énfasis se desplazó hacia la asociación que existe entre el trastorno límitrofe y los trastornos afectivos (31). La personalidad límitrofe era vista, por algunos autores, como una expresión de una depresión endógena (10,16).

En vista de la cantidad de evidencias que vinculaban a ambos trastornos, autoridades en la materia hicieron revisiones de la bibliografía en un intento por aclarar la supuesta asociación. Gunderson (16,18) concluye que los resultados de sus investigaciones no corroboran la hipótesis de la personalidad límitrofe como un subgrupo de los trastornos afectivos: "nuestros sistemas diagnósticos deben distinguir entre las disforias que son comunes entre pacientes límites y las depresiones típicas del Eje I". Tarnopolksky (45) afirma que la personalidad límitrofe en su totalidad no puede ser incluida dentro de los trastornos afectivos, ya que puede haber grupos libres de sintomatología depresiva; otros que presenten depresión mayor; otros con depresión neurótica y, otros más, que desarrollen el trastorno límitrofe años después de una depresión unipolar.

Akiskal (2) sostiene que la entidad límitrofe abarca un grupo heterogéneo de condiciones psicopatológicas, que se ubican predominantemente en el límite de los trastornos afectivos no clásicos como la distimia, la depresión atípica, la ciclotimia y las condiciones bipolares.

De acuerdo con Stone (39), cada vez se acepta más la noción de que un porcentaje importante de pacientes diagnosticados como límitrofes, según otros criterios, puedan ser vistos simultáneamente como límitrofes dentro del espectro de la psicosis maníaco-depresiva (PMD). Los pacientes disfórico histeroides de Klein, y los distímicos subafectivos de Akiskal, son también límitrofes en dos o tres sentidos a la vez, esto es: como un nivel psíquico de funcionamiento (Kernberg), como un síndrome (DSM y Gunderson) y como parte de un espectro psicótico (formas atenuadas de PMD). Existe un subgrupo, dentro de lo que llamamos límitrofe, donde la predisposición genética para la PMD se ha ex-

presado de esa manera, sin embargo, existen otros casos donde el abuso sexual o físico o bien los factores orgánicos, desempeñan los papeles etiológicos más importantes (26,40).

2. *El trastorno límitrofe como un síndrome*

La versión más famosa del concepto límitrofe como síndrome es la de Gunderson (13,14). Realizó investigaciones para tratar de identificar las características, los rasgos y los síntomas del paciente límitrofe fácilmente observables en la clínica. Los comparó con grupos de neuróticos y psicóticos. Encontró siete criterios que constituyen una forma práctica de abordar el diagnóstico: 1) escasos logros a pesar de una capacidad aparente; 2) impulsividad (drogas, promiscuidad); 3) suicidio como forma de manipulación; 4) afectividad exaltada siendo la ira el afecto de más fácil discriminación; 5) experiencias psicóticas leves bajo la forma de ideación paranoide, experiencias de desrealización; 6) marcada socialización con poca tolerancia a la soledad; 7) relaciones cercanas conflictivas, caracterizadas por la devaluación, la manipulación, la dependencia y el masoquismo. Los atributos claves son una buena socialización, que discrimina a los pacientes límitrofes de la esquizofrenia y un nivel bajo de logros que los diferencia de los neuróticos, quienes en general, muestran un buen historial de trabajo. Gunderson (15) desarrolló una entrevista semiestructurada para apoyar el diagnóstico de este tipo de pacientes. Su obra surgió, en principio, como la más leída dentro del campo descriptivo, sin embargo, recientemente el DSM ha reemplazado el trabajo de Gunderson como el sistema diagnóstico predominante.

3. *El trastorno límitrofe como un trastorno específico de la personalidad*

En la actualidad, el DSM es la nomenclatura oficial que se emplea en el ámbito psiquiátrico para hacer diagnósticos de tipo descriptivo, y están basados en los rasgos y las conductas. Dentro de este manual diagnóstico, el trastorno límitrofe es un trastorno específico de la personalidad, distinto a los demás. En la época en que se estaba integrando el DSM-III (1979), el concepto límitrofe se usaba básicamente de dos formas distintas. Una se apegaba a los postulados de Kernberg y Gunderson que suponían un patrón de inestabilidad y vulnerabilidad. La otra, de acuerdo con Wender, Kety y Rosenthal, incluía características relacionadas con la esquizofrenia. Se acordó incluir los dos enfoques dentro del DSM-III (1980). Al primero, se le asignó el nombre de trastorno límite y, al segundo, el de trastorno esquizotípico de la personalidad (10,39).

El DSM-III-R (3), define al trastorno límite como una "pauta generalizada de inestabilidad en el estado de ánimo, en las relaciones interpersonales y en la autoimagen". Para hacer el diagnóstico, es preciso demostrar que cinco de los ocho criterios que describe, son característicos del funcionamiento del sujeto. Dichos criterios incluyen: 1) las relaciones interpersonales inestables e intensas; 2) una impulsividad peligrosa para el sujeto; 3) inestabilidad afectiva; 4) ira inapropiada e in-

tensa o falta de control de este impulso; 5) amenazas, conductas suicidas o automutilantes; 6) trastorno de la identidad; 7) sentimiento crónico de vacío o aburrimiento; 8) esfuerzo por evitar el abandono real o imaginario.

Si bien esta descripción parece estar de acuerdo con el uso que en general se le da hoy al término dentro del campo psiquiátrico, presenta importantes diferencias con otros enfoques ampliamente conocidos. Entre sus criterios, no menciona la vulnerabilidad que presentan estos pacientes ante episodios psicóticos breves o frente a pensamientos desorganizados en situaciones no estructuradas o de fuerte estrés. Dichas características son claramente destacadas por Kernberg y Gunderson. Por otra parte, la obra de Kernberg subraya la importancia que tienen los mecanismos de defensa primitivos dentro del funcionamiento de estos sujetos. El DSM-III-R no los menciona, quizás por la dificultad que hay para incluirlos de manera confiable dentro de una lista de síntomas. Tampoco incluye el alto grado de socialización ni el bajo nivel de logros que, en opinión de Gunderson, caracterizan a estos pacientes. Al eliminar la vulnerabilidad por regresiones psicóticas y los mecanismos de defensa primitivos, se eliminan dos de los tres criterios diagnósticos que Kernberg consideraba más importantes (criterio de realidad, mecanismos de defensa primitivos y difusión de identidad) . Estas omisiones, aunadas al excesivo énfasis que se hace en las alteraciones del afecto, podrían explicar el traslape con los trastornos afectivos (10).

En opinión de Kernberg (21), el DSM describe ambos trastornos, límitrofe e histriónico, de manera muy similar: inestabilidad e intensidad en sus afectos y en sus relaciones interpersonales; impulsividad y falta de control, así como intentos suicidas. Afirma que el trastorno histriónico del DSM, pretende condensar el espectro completo que va desde la personalidad histérica más madura, hasta la más infantil, ignorando que la diferenciación de ambas, tiene implicaciones terapéuticas y de pronóstico. La descripción del DSM se relaciona muy claramente con la personalidad infantil, la cual presenta un funcionamiento más inmaduro a nivel de una organización límitrofe. La personalidad histérica que falta en la clasificación del DSM, funciona a un nivel neurótico más efectivo y mucho más diferenciado.

Otras investigaciones (17,27) encontraron entre los rasgos más específicos del trastorno límitrofe, episodios psicóticos breves en condiciones de estrés, y la propensión a caer en estados regresivos al separarse de las figuras de apego. La importancia de este rasgo se hizo evidente al quedar incluido como primer criterio diagnóstico en el DSM-IV (4). La descripción dice: "La percepción de un rechazo o separación inminente o la pérdida de estructura externa, pueden llevar a profundos cambios en la autoimagen, el afecto, la cognición y la conducta". Otras modificaciones incluidas en la definición son "una marcada impulsividad"; una "reactividad del estado de ánimo" que vincula sus fluctuaciones con los conflictos interpersonales; se elimina el término "aburrimiento" para enfatizar los sentimientos de "vacío"; y se agrega un noveno criterio relacionado con la "ideación paranoide y los síntomas disociativos" en situaciones de estrés o abandono.

La cuarta edición establece que el trastorno límitrofe

se diagnostica predominantemente entre las mujeres (75%); que su prevalencia se estima en un 2% de la población general; 10% en la consulta externa y 20% entre los pacientes hospitalizados.

El DSM tiene el gran mérito de haber sido la primera nomenclatura oficial en incluir al trastorno límitrofe aumentando así la confiabilidad y la precisión en su diagnóstico. No obstante, se le critica (21) que haya descuidado la experiencia de los clínicos, que se hayan incluido categorías traslapadas innecesariamente y que se hayan omitido entidades esenciales. Por otra parte, el diagnóstico del trastorno límitrofe puede abarcar a un grupo muy heterogéneo de pacientes, ya que al tener que cumplir cinco de los ocho criterios, podrían ubicarse dentro de esta categoría ya que existen noventa y tres combinaciones posibles. Además, el nivel de patología puede variar notablemente, pues no es lo mismo que se cumplan cinco, seis, siete u ocho criterios (48).

Por otra parte, los estudios más importantes (14,35, 36) que han identificado a la personalidad límitrofe como una entidad aparte, la han diferenciado de grupos de neuróticos y psicóticos, pero no de otros trastornos de la personalidad. Las investigaciones que han intentado hacerlo, han demostrado que su diagnóstico se traslape, en gran medida, con el de otros trastornos. Su línea de demarcación con otros trastornos está poco clara y los diagnósticos múltiples constituyen la regla más que la excepción (27,32,49). Sin embargo, otros más (44), reportan síntomas característicos: una cohesión interna de los criterios, un grado de diferenciación con otros trastornos y una estabilidad relativa a través del tiempo, apoyando con esto la validez del diagnóstico.

Algunos autores (2), incluso sugieren eliminar "constructos nebulosos" como el de límitrofe de la nomenclatura descriptiva. Ello debido a que no parece representar una entidad definida, sino a un grupo bastante heterogéneo de pacientes —un vasto universo de pacientes difíciles, crónica y seriamente enfermos, fuera del área de las neurosis y las psicosis clásicas— que están en la frontera de trastornos más conocidos predominantemente con los trastornos afectivos, caracterológicos y, en grado mínimo, con los trastornos orgánicos y esquizofrénicos.

Stone (40) dice que cuando se habla del paciente narcisista, paranoide o esquizoide, entre otros, el clínico tiene una imagen y una idea claras de las características básicas que conforman a estos cuadros; no obstante, el término límitrofe no evoca en sí, los rasgos que tipifican a este paciente. La razón, explica, es que sólo la mitad de los criterios diagnósticos del DSM son "verdaderos rasgos de la personalidad"; ya que existen otros como el abuso de sustancias o los intentos suicidas que también son síntomas. El autor propone redefinir al trastorno y llamarlo "trastorno inestable de la personalidad" lo cual ayudaría a identificar más fácilmente al paciente prototípico y a traducir criterios como: "relaciones inestables, ira inapropiada e inestabilidad afectiva", por rasgos como voluble, demandante, absorbente, irritable y hostil.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su 10° edición (CIE-10) (33), dice que la categoría de trastornos de la

personalidad en el adulto presenta, en general, una serie de problemas en cuanto a la definición y al número de pautas diagnósticas para cada trastorno. En lo que se refiere al trastorno límitrofe, señala que “después de ciertas dudas iniciales, se incluyó finalmente una breve descripción del trastorno límitrofe de la personalidad como una subcategoría del trastorno de inestabilidad emocional, con la esperanza de estimular la investigación.”

En el trastorno de la inestabilidad emocional existe una marcada impulsividad aunada a un ánimo inestable y caprichoso. Existen arrebatos de ira y actitudes violentas ante las críticas y las frustraciones. El CIE-10 distingue dos variantes: 1) el tipo impulsivo, cuyas características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de los impulsos y, 2) el tipo límitrofe donde además de la inestabilidad emocional presenta una confusión en la imagen de sí mismo, de los objetivos y de las preferencias (incluyendo las sexuales); relaciones intensas e inestables, crisis emocionales y amenazas suicidas o actos autoagresivos.

4. El trastorno límitrofe como nivel de funcionamiento u organización psíquica

Otto Kernberg, a quien muchos consideran el “padre de la criatura”, realizó un cuidadoso análisis y prolífica sistematización del síndrome límitrofe. Fue él quien le dio la identidad y su nombre actual: “organización fronteriza de la personalidad” (6). Kernberg (21-23) considera que todos los pacientes pueden ser clasificados de acuerdo a tres niveles de funcionamiento psíquico —neurótico, fronterizo y psicótico— que se distinguen por su grado de psicopatología y por poseer cada uno su propia configuración estructural distinta a la de las otras dos. Cada configuración posee un patrón específico de funcionamiento yoico y superyoico así como una organización específica de los impulsos. Son estables y resistentes al cambio, excepto, cuando hay una intervención psicoterapéutica intensa.

Es importante destacar que la designación “organización fronteriza de la personalidad” no se refiere a un tipo específico de ésta (DSM), sino a un nivel de organización yoica diferente al del neurótico o psicótico, que pueden dar cabida a distintos tipos de personalidad. Es pues, un diagnóstico estructural que debe usarse para mayor especificidad, junto a un diagnóstico descriptivo más tradicional (se hablaría así, de una personalidad obsesiva organizada a nivel neurótico o de una personalidad narcisista organizada a nivel límitrofe). “Los pacientes límitrofes vienen en muchas formas y tamaños psicológicos, los hay histriónicos o inhibidos, pasivos o agresivos, grandiosos o humildes, paranoídes o masoquistas; sin embargo, presentan cualidades yoicas afines que les da un sentido clínico de comunalidad, lo cual permite tratamientos terapéuticos específicos” (37).

Kernberg (25) aclara que la definición del DSM, puramente descriptivo-fenomenológica, resulta más estrecha, ya que sirve para diferenciar a un sólo tipo de pacientes límitrofes: las personalidades infantiles histriónicas muy graves que ameritan hospitalización. Desde esta perspectiva más amplia del concepto lími-

trofe, como un nivel de funcionamiento o de organización psíquica, Kernberg incluiría distintos tipos de personalidad: narcisistas, histriónicas infantiles, antisociales, paranoídes, esquizoides e hipomaníacas. De ahí que la definición del concepto límitrofe se aplique a un gran porcentaje de la población, quizás un 10% (39). Según una investigación realizada por la Asociación Psicoanalítica Mexicana, este nivel de funcionamiento que abarcaría los trastornos caracterológicos graves, ocupa un lugar importante en la consulta de la mayoría de los analistas (53.4%) (46).

De acuerdo con Kernberg (21-23), la organización estructural a determinado nivel, constituye una función estabilizadora del aparato mental que media entre los factores etiológicos por un lado, y las manifestaciones conductuales por el otro, independientemente de si en los primeros, entraron factores genéticos, constitucionales, familiares o psicosociales. El efecto último de dichos factores, se reflejará en el tipo de organización estructural subyacente.

El diagnóstico diferencial entre los tres niveles de organización psíquica se basa en la evaluación de tres criterios estructurales: apreciación de la realidad, operaciones defensivas e integración de la identidad. En la estructura límitrofe, el criterio de realidad está preservado, si bien presenta vulnerabilidad a los episodios psicóticos breves debido al estrés y a las situaciones no estructuradas (característica que diferencia este nivel del psicótico, donde el examen de la realidad se pierde); las operaciones defensivas van en torno a la escisión, al proceso activo de mantener la separación entre las imágenes “positivas” y las “negativas”, así como la tendencia de ver las cosas (objetos externos) totalmente buenas o totalmente malas. Otras operaciones características son la idealización primitiva, la omnipotencia, la devaluación, la identificación proyectiva y la negación. La identidad no está integrada y presenta una difusión de imágenes primitivas irreales en el Yo; hay características extremadamente contradictorias que impiden tanto la formación de un concepto integrado de sí mismo como del de los demás. Todo esto como consecuencia directa de la activa escisión de aquellas imágenes cuya síntesis normal produce una estable identidad yoica (22). Esta característica diferenciaría al trastorno límitrofe del neurótico, por haber en éste una integración de la identidad.

En opinión de Kernberg, un diagnóstico estructural es una herramienta sumamente valiosa para lograr una comprensión cabal de los conceptos, para evaluar y planear una estrategia terapéutica con base en un pronóstico y para contar con un marco teórico que apoye las discusiones y las evaluaciones posteriores. Un diagnóstico descriptivo sólo revela “signos presuntivos de una personalidad fronteriza, ya que el diagnóstico definitivo depende de la patología yoica característica” (22). Un enfoque estructural ofrece en su opinión, la posibilidad de relacionar entre si los diferentes síntomas de acuerdo a una configuración estructural determinada. A un enfoque descriptivo le es difícil conceptualizar a un paciente que presenta marcadas contradicciones en su funcionamiento interno y externo. La superficial adaptación del paciente límitrofe, que encubre un mundo interno caótico, requiere de la comprensión de los prin-

cipios estructurales que subyacen a tan compleja personalidad (44).

Aunque en teoría el enfoque estructural es muy distinto al descriptivo, en la práctica, podría haber poca diferencia entre ambos diagnósticos. Kernberg (20) demostró una alta correlación entre su método de diagnóstico y el de Gunderson.

En apoyo a la conceptualización de Kernberg, algunas investigaciones han dado validez diagnóstica a la personalidad límitrofe (14,36), la han diferenciado de grupos de neuróticos y psicóticos. Otras han intentado discriminarla de otros trastornos de la personalidad, dicen que el concepto límitrofe parece constituir (43) una categoría amplia y heterogénea que incluye un componente significativo general (32). Otros estudios (29), validan la noción de una organización fronteriza de la personalidad que abarca varios tipos: "Diagnósticamente, el trastorno límitrofe parece ser una entidad válida, pero heterogénea.... Nuestros resultados cuestionan las distinciones entre muchos de los trastornos de personalidad del DSM-III-R". En palabras de Kernberg (25): "La mayor parte de los pacientes que se estudian en los policlínicos en los EU, tienen caratterías o trastornos de personalidad múltiples lo que, a mi juicio, es una demostración del hecho que tienen algo en común, más que algo que los diferencia, que es su organización estructural".

Conclusiones

Tras esta revisión, resulta evidente que el concepto *borderline*, límitrofe o fronterizo, se ha ido difundiendo rápidamente en el ámbito de la salud mental. No obstante, resulta claro también que el término cobija a un gran número de enfoques y supuestos teóricos diferentes. Para Kernberg, el éxito obtenido al tratar a pacientes muy graves, se debe a la estructuración inicial del tratamiento, basado en un buen diagnóstico diferencial. Numerosos autores coinciden en la necesidad de identificar oportunamente a estos sujetos, en vista de lo complicado y lo frecuente del padecimiento.

¿A qué se refiere realmente el concepto límitrofe?

Por una parte, las investigaciones parecen apoyar al trastorno límitrofe como una entidad diagnóstica válida (44), pero, por otra, parecen ubicar también a un grupo bastante heterogéneo de pacientes con un alto índice de comorbilidad (27,32,49).

Algunos autores (40) proponen redefinir el concepto y catalogarlo como un verdadero trastorno de la personalidad. Proponen cambiarle el nombre para una mejor precisión y, otros más incluso (2), sugieren eliminar el término de la nosología descriptiva.

Dentro del ámbito psicoanalítico, importantes teóricos hablan no de un trastorno específico de la personalidad, sino de un nivel de funcionamiento con una organización estructural estable y específica, diferente a la neurótica y psicótica (21,22).

De este modo, encontramos que cuando se habla genéricamente del *borderline*, refiriéndose específicamente al paciente límitrofe del DSM, no necesariamente se está aludiendo al paciente de Gunderson, de Kernberg o de Akiskal. Se observan diferencias, no sólo entre la conceptualización del enfoque descriptivo y psicodinámico, sino diferencias también dentro de los mismos enfoques que pueden tener aplicaciones para el abordaje terapéutico.

Independientemente de toda esta aparente diversidad, el concepto límitrofe ha probado su utilidad como lo menciona Stone (41): "lo cierto es que existe un gran número de pacientes no psicóticos, excepto transitoriamente, pero difíciles de tratar que merecen ser identificados para una atención especial".

Adler (1) aclara que, si bien una gran parte de los autores que han contribuido a la comprensión del paciente límitrofe difieren significativamente de la forma de entender y abordar a estos pacientes, la mayoría coincide en la esencia de sus rasgos descriptivos.

Retomando lo apuntado por autores como Kernberg, Gunderson, Chessick y el DSM IV (4,8,13,21), el cuadro descriptivo del paciente límitrofe podría ser el siguiente:

- 1) Múltiples síntomas neuróticos o cuasipsicóticos, típicos en apariencia, pero cuya combinación resulta sumamente peculiar y, a veces, muy incapacitante.
- 2) Si bien puede ser capaz de ser autosuficiente y en ocasiones sacar adelante a una familia o encajar más o menos bien en la sociedad, y funcionar en forma adecuada, particularmente en ambientes estructurados, su nivel general de logros es bajo a pesar de su aparente talento o capacidad.
- 3) Con frecuencia parece "relacionarse" con los demás e incluso tener muchos conocidos. No obstante, detrás de una fachada socialmente aceptable, se oculta una falta de profundidad y genuina riqueza emocional en sus relaciones. Oscila entre vínculos superficiales y otros intensos, dependientes y manipuladores, caracterizados por formas extremas de idealización y devaluación.
- 4) Parece tener un adecuado contacto con la realidad en su vida diaria, no obstante, bajo condiciones de estrés, drogas, alcohol, relaciones interpersonales muy cercanas o situaciones poco estructuradas puede caer en episodios psicóticos breves o experiencias cuasipsicóticas que comúnmente toman la forma de ideación paranoide transitoria o síntomas de despersonalización.
- 5) Una característica común en estos pacientes es la presencia de intensos afectos episódicos (disforia, irritabilidad o ansiedad). La ira es el afecto predominante y, frecuentemente, se reportan sentimientos de vacío y soledad. Puede haber rápidas y dramáticas fluctuaciones de un estado a otro (como respuesta a situaciones ambientales).
- 6) Se muestra vulnerable a separaciones, rechazos y pérdidas de estructura externa, situaciones que son vividas como abandono, y pueden ocasionar acciones impulsivas como automutilaciones y conductas o amenazas suicidas.
- 7) Presenta una historia de marcada impulsividad, principalmente bajo la forma de uso y abuso de drogas, alcohol, promiscuidad y desviaciones sexuales.

- 8) Manifiesta alteraciones de identidad que se caracterizan por inestabilidad en el concepto de sí mismo y dramáticos cambios en cuanto a objetivos, valores y planes.

Por otra parte, los partidarios del enfoque psicodinámico sostienen que para poder estructurar un tratamiento adecuado, es preciso comprender los principios estructurales que explican el caótico funcionamiento interno que presenta este paciente detrás de su fachada de adaptación.

De acuerdo con las formulaciones de Kernberg (21-24) y otros autores destacados en este campo (1,5,8,11,19,30), presentan un marco conceptual que pretende explicar la compleja personalidad del paciente limítrofe:

- 1) Dentro de su proceso de desarrollo, ha alcanzado un grado suficiente de discriminación que le permite diferenciarse del mundo externo y de las demás personas; tarea que fracasa en gran medida en las psicosis. Puede presentar, así, un funcionamiento "normal" en su vida diaria, no obstante, en situaciones conflictivas, sus límites yoicos parecen debilitarse y, al sentirse parcialmente fusionado e identificado con sus figuras significativas, sus relaciones interpersonales están impregnadas de miedos destructivos, sometimiento y una total dependencia. Revive, entonces, las experiencias de frustración, abuso y abandono que caracterizaron sus primeros años. Desde la perspectiva terapéutica, le es difícil pues, integrar la ayuda que se le ofrece, porque tiene de a distorsionar la información y a reaccionar de modo impredecible al tratamiento.
- 2) Aparte de sus problemas de diferenciación, la persistencia en estos pacientes de mecanismos de defensa primitivos en torno a la escisión, y la concomitante falta de integración de imágenes radicalmente opuestas de sí mismo y de los objetos tienen consecuencias importantes:
 - a) Al no haber podido integrar su mundo interno de imágenes, no hay un concepto integrado de sí mismo ni de los demás, lo que da lugar al síndrome de difusión de identidad. Su mundo interno permanece así, poblado de caricaturas de los aspectos mejores o peores de las personas significativas. Al no poder integrar ambos extremos, no puede distinguir que los objetos tienen un lado bueno y otro malo, tiende más bien, a polarizar sus experiencias. Los objetos externos son totalmente buenos o totalmente malos, dependiendo de si su relación con ellos es gratificante o frustrante (manifestación más conocida del mecanismo de escisión).
 - b) Esta falta de integración de imágenes se traduce en rasgos caracterológicos contradictorios —en una oscilación radical e impredecible— de la manera en que vive consigo mismo y con los demás. En este sentido, su *self* es reactivo, porque se define en relación a la respuesta que obtiene de los demás, y no con base en un sistema interno de valores.
 - c) Del mismo modo, esta falta de integración de imágenes contradictorias le impiden reconocer al resto de los individuos como seres independientes, con

sus propios intereses y necesidades. Los vive, en cambio, como objetos parciales, es decir, como fragmentos de personas que, o son fuente de gratificación, o bien, de frustración.

- d) Su incapacidad para valorar de modo realista a los demás, y establecer relaciones de verdadera empatía, está también asociada con su imposibilidad de experimentar verdaderos sentimientos de culpa, preocupación o interés por los demás. Estos sentimientos surgen cuando las imágenes buenas y malas están integradas, es decir, el sujeto reconoce la combinación del amor y la agresión que siente hacia los objetos cuando éstos ya están integrados.
- e) Cuando no se da la conciliación de imágenes contradictorias y, por consiguiente, la neutralización de la agresión, ésta puede surgir en explosiones de ira o bien, en estados disfóricos en forma de depresión, vacío o aburrimiento.
- f) Los efectos desintegradores de la escisión son una causa fundamental de debilidad yoica, la cual se refleja en intolerancia a la ansiedad, a la falta de control de los impulsos y a la falta de desarrollo de vías de sublimación. Cuando no hay una integración del mundo interno de los objetos, surgen experiencias dolorosas y sumamente perturbadoras. Son descritas como sensaciones de vacío, desasosiego crónico, aburrimiento y pérdida de la capacidad de experimentar la soledad y sobreponerse a ella. Estos sentimientos de vacío, aunados a su debilidad yoica, llevan a estos pacientes a pretender mitigarlos a través de actividades estimulantes como las drogas, el alcohol o el sexo.
- g) La falta de integración del Yo se opone también a la integración del superyó. Los componentes sádicos son demasiado intensos para ser tolerados, y se proyectan al exterior junto con sus aspectos prohibitivos y exigentes bajo la forma de tendencias paranoides. Al estar ausentes las presiones superyoicas, el Yo es incapaz de experimentar culpa. Las imágenes exageradamente idealizadas crean fantásticos ideales de poder, grandeza y perfección, alejando al individuo de demandas y objetivos reales.
- h) La excesiva agresión pregenital causa una condensación patológica de los conflictos pregenitales y genitales con predominio de la agresión pregenital. Así, las tendencias edípicas aparecen condensadas con necesidades pregenitales sádicas y masoquistas. Las tendencias sexuales perverso polimorfas representan un intento fallido de hacer frente a la agresión que infiltra todas las necesidades instintivas.
- i) Al carecer de una visión internalizada y estable de sí mismo, el individuo se ve en la necesidad de depender de los objetos externos para obtener el apoyo que necesita. Cuando el objeto externo, que se ha vuelto significativo, no está disponible, experimenta una cruel sensación de abandono porque no posee constancia objetal (imagen emocional estable de sus figuras), ni capacidad de evocar recursos internos para calmar y recomfortar al Yo. Se llena así, de una "rabia" y una ansiedad tan intensas, que pueden ocasionar una regresión y una pérdida de contacto con la realidad. Se movilizan, entonces, me-

canismos primitivos como la escisión y una oleada de imágenes persecutorias totalmente negativas. Una figura que hasta ese momento fue vista como un apoyo, puede transformarse repentinamente en un objeto "malo". En estas circunstancias, puede recurrir a acciones impulsivas y a conductas autodestructivas en un intento por retener o vengarse de su ahora perseguidor.

Tras esta recapitulación de los aspectos fenomenológicos y psicodinámicos del paciente límitrofe, se concluye que ambos enfoques pueden complementarse para que juntos, puedan realizar un esfuerzo por comprender y abordar mejor a tan compleja personalidad.

Dentro de la nosología descriptiva se ha incluido la entidad *límitrofe*, porque es de suma importancia asig-

nar un nombre a ciertos pacientes que crean numerosas dificultades. En opinión de muchos, la utilidad práctica de cobijar a numerosos pacientes bajo el concepto límitrofe, reside en abordar psicodinámicamente ciertos mecanismos primitivos que pertenecen a una variedad de trastornos psiquiátricos (2,40).

La revisión de la bibliografía que pretendía aclarar quién era en realidad el paciente *borderline* ha despejado algunas cuestiones, no obstante, sigue planteando la necesidad de investigar muchas más.

Quizás lo mejor en estos momentos, como dice Stone (41), sea hablar más que en términos absolutos, como si supiéramos la respuesta, en términos prácticos sujetos a cambios sin previo aviso. "Existe una interacción dinámica entre experiencia y teoría. El proceso sigue refinándose de una década a la siguiente."

REFERENCIAS

1. ADLER G: The psychotherapy of core borderline psychopathology. *Am J Psychotherapy*, 47(2):194-205, 1993.
2. AKISKAL H: Borderline: an adjective still in search of a noun. Silver D, Rosenbluth M (eds). En: *Handbook of Borderline Disorders*. International Universities Press, Nueva York, 1992.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Tercera edición revisada. DSMIII-R. Washington, 1987.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, 1994.
5. ARONSON T: A critical review of psychotherapeutic treatments of the borderline personality. *J Nerv Ment Dis*, 177(9):511-528, 1989.
6. BUCAHY CA: La (id) entidad borderline y la identidad en el borderline. En: *Pacientes Borderline -Confluencias y Confrontaciones*. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Buenos Aires, 1990.
7. COWDRY RW, GARDNER DF: Pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Arch Gen Psy*, 45:111-119, 1988.
8. CHESSICK R: The outpatient psychotherapy of the borderline patient. *Am J Psychotherapy*, 47(2):206-227, 1993.
9. CHOPRA HD, BEATSON JA: Psychotic symptoms in borderline personality disorder. *Am J Psy*, 143(12):1605-1607, 1986.
10. GOLDSTEIN W: *An Introduction to the Borderline Conditions*. Jason Aronson, Nueva York, 1991.
11. GOLDSTEIN W: The psychoterapy of the borderline patient. *Am J Psychotherapy*, 47(2):175-183, 1993.
12. GORNEY JE, WEINSTOCK DJ: Borderline object relations, therapeutic impasse and the rorschach. Kwawer, Lerner, Sugarman (eds). En: *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*. International Universities Press, Nueva York, 1989.
13. GUNDERSON JG, SINGER MT: Defining borderline patients: An Overview. *Am J Psy*, 132(1):1-8, 1975.
14. GUNDERSON JG, KOLB JE: Discriminating features of borderline patients. *Am J Psy*, 135(7):792-796, 1978.
15. GUNDERSON JG, KOLB JE, AUSTIN V: The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psy*, 138:896-903, 1981.
16. GUNDERSON JG, ELLIOT GR: The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psy*, 142(3):277-288, 1985.
17. GUNDERSON JG: Pharmacotherapy for patients with borderline disorder. *Arch Gen Psy*, 43:698-700, 1986.
18. GUNDERSON JG, PHILLIPS KA: A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psy*, 148(8):967-975, 1991.
19. HAMILTON NG: A critical review of object relations theory. *Am J Psy*, 146(12):1552-1560, 1989.
20. KERNBERG OF y cols: Diagnosing borderline personality: a pilot study using multiple diagnostic methods. *J Nerv Ment Dis*, 169(4):225-231, 1981.
21. KERNBERG OF: *Trastornos Graves de la Personalidad*. Manual Moderno, México, 1987.
22. KERNBERG OF: *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*. Paidós, México, 1988.
23. KERNBERG OF: *La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico*. Paidós, México, 1989.
24. KERNBERG OF, SELZER AM, KEOENIGSBERG HW y cols: *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Basic Books, Nueva York, 1989.
25. KERNBERG OF: Entrevistando a psicoanalistas. En: *Pacientes Borderline Confluencias y Confrontaciones*. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Buenos Aires, 1990.
26. LEWIS HJ y cols: Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psy*, 146(4):490-495, 1989.
27. LIVESLEY WJ, SCHROEDER ML: Dimensions of personality disorder. The DSM-III-R cluster B diagnoses. *J Nerv Ment Dis*, 179(6):320-328, 1991.
28. LOZANO S: Aspectos psicodinámicos en la medicación del paciente límitrofe. *Revista del Residente de Psiquiatría*, 3(2):15-22, 1992.
29. McGFLASHAN TH: The longitudinal profile of borderline personality: contributions from the Chestnut Lodge follow-up study. Silver D, Rosenbluth M (eds.) En: *Handbook of Borderline Disorders*. International Universities Press, Nueva York, 1992.
30. MEISSNER WW: Treatment of patients in the borderline spectrum: an overview. *Am J Psychotherapy*, 47(2):184-193, 1993.
31. NUÑEZ E, DE LA FUENTE JR: El trastorno límitrofe de la personalidad en el contexto médico. *Salud Mental*, 8(4):8-14, 1985.
32. NURNBERG H y cols: The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R Axis II personality disorder. *Am J Psy*, 148(10):1371-1376, 1991.
33. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión. *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*, Meditor, 1992.
34. PAZ CA: El control de emociones e impulsos en las per-

- sonalidades borderline. En: *Pacientes Borderline Confluencias y Confrontaciones*. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Buenos Aires, 1990.
35. PERRY JC, KLERMAN GL: The borderline patient: a comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. *Arch Gen Psy*, 35:141-150, 1978.
 36. PERRY JC, KLERMAN GL: Clinical features of the borderline personality. *Am J Psy*, 137(2):165-173, 1980.
 37. SMITH K: Object relations concepts as applied to the borderline level of ego functioning. Kwawer, Lerner, Lerner, Sugarman (eds). En: *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*. International Universities Press, Nueva York, 1989.
 38. SOLOFF PH y cols: Progress in pharmacotherapy of borderline disorders. *Arch Gen Psy*, 43:691-697, 1986.
 39. STONE MG: *The Personality Disorders and Neuroses*. (Psychiatry Series: Michels, Robert, Chairman) Cavenar JO, Jr (eds.), Vol. 1, Editorial Board, 1986.
 40. STONE MH: The borderline patient: diagnostic concepts and differential diagnosis. Silver D, Rosenbluth M (eds) En: *Handbook of Borderline Disorders*. International Universities Press, Nueva York, 1992.
 41. STONE MH: Open forum. Silver D, Rossenbluth M (eds) En: *Handbook of Borderline Disorders*. International Universities Press, Nueva York, 1992.
 42. STONE MH: Paradoxes in the management of suicidality in borderline patients. *Am J Psychotherapy*, 47(2):255-271, 1993.
 43. STONE MH: Characterologic subtypes of the borderline personality disorders with a note on prognostic factors. *Psychiatry Clin N Am*, 17(4):773-784, 1994.
 44. SUGARMAN A, LERNER H: Reflections on the current state of the borderline concept. Kwawer, Lerner, Lerner, Sugarman (eds). En: *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*. International Universities Press, Nueva York, 1989.
 45. TARNOPOLSKY A: The validity of the borderline personality disorder. Silver D, Rosenbluth M (eds). En: *Handbook of Borderline Disorders*. International Universities Press, Nueva York, 1992.
 46. TUBERT-OKLANDER J: El concepto de "estructura psíquica" en la patología preestructural. Trabajo presentado en el Primer Symposium Internacional de Psicoterapia Psicoanalítica, Universidad Intercontinental, México, 1989.
 47. WALDINGER RJ: Intensive psychodynamic therapy with borderline patient: An overview. *Am J Psy*, 144:267-274, 1987.
 48. ZALEWSKI C, ARCHER R: Assessment of borderline personality disorder: a review of MMPI and Rorschach findings. *J Nerv Ment Dis*, 179(6):338-345, 1991.
 49. ZANARINI MC y cols: Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *Am J Psy*, 147(2):161-167, 1990.

CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION DIVISION DE ENSEÑANZA

Servicios bibliográficos especializados para los profesionales de la salud mental

El Centro de Información y Documentación del Instituto Mexicano de Psiquiatría proporciona los siguientes servicios:

- **Investigaciones bibliográficas** mediante la consulta en línea a los sistemas mundiales de información MEDLARS [Medical Literature Analysis and Retrieval System] y DIALOG [Dialog Information Services, Inc.].
- **Investigaciones bibliográficas** mediante la consulta directa a diferentes bases de datos en CD-ROM's [compact disc-read only memory] y en DISKETTE.
- **Citas bibliográficas** a un autor determinado mediante la consulta en línea al Science Citation Index.
- **Localización y obtención de artículos** de revistas disponibles en otras unidades de información nacionales y del extranjero.
- **Perfiles de actualización mensual** sobre lo último publicado en un tema específico.
- **Biblioteca**, préstamo de libros y obras de consulta para uso en sala de lectura.
- **Hemeroteca**, préstamo de publicaciones periódicas para uso en sala de lectura.
- **Fotocopiado** de documentos prestados por el mismo centro.
- **Préstamo interbibliotecario** mediante el establecimiento de convenios institucionales.
- **Videoteca**, préstamo institucional de material audiovisual.
- **Venta de libros** editados por el Fondo de Cultura Económica con descuento de un 25% sobre el precio de lista.

Horario de servicio: lunes a viernes de 8:30 a 15:00 hrs.

Mayor información: Instituto Mexicano de Psiquiatría/Centro de Información y Documentación. Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco. Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Tel. 655-28-11/Fax 655-42-92.