

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2016.

# Revisión y alcances del Trastorno Limitrofe de la Personalidad.

Arias, Juan Martín y Farinon, Eliana.

Cita:

Arias, Juan Martín y Farinon, Eliana (2016). *Revisión y alcances del Trastorno Limitrofe de la Personalidad. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/178>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/3u5>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# REVISIÓN Y ALCANCES DEL TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD

Arias, Juan Martín; Farinon, Eliana  
Universidad Nacional de La Plata. Argentina

---

## RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad constituye una de las entidades nosológicas más estudiadas en el último tiempo. Su complejidad radica en tres cuestiones: la amplia literatura, cuya fragmentación se debe a los diferentes enfoques que lo abordan, la dificultad clínica que supone el trabajo con estos pacientes y la deficiente formación en estas áreas que afecta a la mayoría de los espacios formativos del medio argentino. La presente revisión pretende ser una contribución que apunte a soslayar los problemas antes citados.

## Palabras clave

Trastorno Límite de la Personalidad, Psicoanálisis, Borderline

## ABSTRACT

### REVISION OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Borderline personality disorder constitutes one of the most studied nosological entities in the last time. Its complexity lies on three questions: extensive literature, which fragmentation is due to the different approaches that discuss, clinical difficulty of working with these patients and deficient training in these zones affecting most of the training areas of Argentina. This review is a contribution that aims to overcome the above problems.

## Key words

Borderline Personality Disorder, Psychoanalysis, Borderline

## INTRODUCCION

El concepto "límite" se remonta a la historia misma de la psicopatología (González Vives, Díaz-Marsá, Fuentenebro, López-Ibor Aliño & Carrasco, 2006), sin embargo no es hasta los 80' donde adquiere su especificidad (Gunderson, Weinberg & Choi-Kain, 2013; Gunderson, 2009). Actualmente, el término Borderline, puede asimilarse al de trastorno de personalidad límite (TLP) presente de diversas formas en DSM-III, DSM-III-R, y DSM-IV (2003). El TLP es un trastorno psiquiátrico grave que afecta al 4, 5% de la población general y un 10% de la población en instituciones clínicas. Si bien antes era considerado una categoría intermedia entre psicosis y neurosis, actualmente se encuentra bien definido y goza de un amplio reconocimiento científico. Esto ha incrementado notablemente las investigaciones respecto los trastornos de la personalidad (TP), de sus correlatos biológicos, (Pérez et al, 2016) diagnóstico y tratamiento (Kernberg & Michels, 2009). Tal es el caso del enfoque integrado de Bateman y Fonagy (2007) que ha combinado psicoanálisis, teoría del apego y psicología cognitiva. El presente escrito no revisa los numerosos estudios neurobiológicos de hoy día, ver Cohen, 2016; Pérez et al, 2016. Desde la presente perspectiva, se explora el nivel de análisis de la personalidad Kernberg (2016) y sus subestructuras como una forma de crear modelos teóricos que tracen líneas para guiar y facilitar los hallazgos neurobiológicos. En este sentido el TLP puede pensarse como emergente complejo posibilitado por relación de tres niveles de análisis:

disposiciones genético-constitucionales (marcadores biológicos del temperamento), variables psicológicas (estructuras interiorizadas, de representación del objeto e imagen de sí, sistemas de identificación e identidad) y sociales (factores vivenciales y aspectos ético-morales propios de la relación entre la personalidad y el entorno). Se trata de reflexionar acerca del concepto límite y poder introducir los problemas clínicos y prácticos que surgen al delimitar esta categoría. Al mismo tiempo, encontrar nuevas vías de tratamiento que permitan resolver los complejos problemas individuales debido a la elevada proyección social del trastorno (consumo problemático de sustancias, violencia, suicidio, criminalidad). El abordaje del TLP es un trabajo clínico específico que supera en mucho las potencialidades de un dispositivo psicoanalítico clásico y que excede la simplificada visión de los manuales psiquiátricos (Esbec & Echeburúa, 2011).

## REVISIÓN HISTORICA DEL CONCEPTO BORDERLINE

Los términos, Límite, Borderline, personalidad fronteriza o TLP en DSM-V (Shedler et. Al, 2010) aluden a una de las entidades nosológicas más difíciles de precisar. Quien se adentre en su estudio notará que su desarrollo histórico y sus conceptualizaciones reproducen estas dificultades. El desacuerdo entre los diversos autores y orientaciones ha llevado a fuertes controversias respecto de la entidad de dicho trastorno: mientras algunos sostienen que se trata de neuróticos graves mal diagnosticados, otros insisten en su naturaleza psicótica ("Borderline States", Knight, 1953). Existe un tercer grupo de autores que considera al TLP como una entidad diferenciable con características propias, tal es el caso de Kernberg (1977).

El primero en utilizar el término borderline fue Stern en 1938 (citado por González Vives, et al. 2006), en ese momento, se utilizaba como denominación para un grupo dentro de la neurosis. En 1980 aparece en el DSM-III y en la clasificación CIE en 1994 (CIE-10) el trastorno de personalidad inestable (Esbec & Echeburúa, 2011), sin embargo no es hasta que Kernberg y Masterson en 1970 (citado por González Vives et al. 2006) proponen la caracterización de personalidad borderline, que el fenómeno goza de una relativa aceptación. Es Kernberg (1987, 1979, 1977) quien contribuye notablemente a la delimitación y profundización del TLP mediante la formulación de la «Teoría de la relación de objeto». Su enfoque combina los aportes del psicoanálisis, la psiquiatría, la psicología del yo así como las ideas de Mahler, Jacobson y Klein como una forma de sintetizar los hallazgos que estos autores habían proporcionado respecto de los pacientes esquizoides. Esto supone un gran avance en la comprensión del TLP, al mismo tiempo que elabora una vía seria de investigación que permite conocer los derivados estructurales de las relaciones objetales interiorizadas. Esto permite modelizar el funcionamiento fronterizo, y abre la posibilidad de ubicar a los diferentes cuadros clínicos (de otros autores) dentro de la «organización límite de la personalidad». Concepto inclusivo, que permite discriminar, en niveles de la patología del carácter, absorbiendo las formas más leves, anaclíticas, narcisistas, a las formas más graves, actuadores, psicopáticas. La importancia de esta contribución radica

en que ofrece una serie de recursos técnicos muy simples como el «diagnóstico estructural». Así mismo se han desarrollado vías alternativas de tratamiento eficaces para tratar el TLP. La terapia centrada en la transferencia o Transference Focused Psychotherapy (Caligor, Diamond, Frank, Yeomans & Kernberg, 2009; Kernberg, Yeomans, Clarkin, Levy, 2008; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006; Clarkin, Levy & Schiavi, 2005) ha demostrado ser un enfoque eficaz para tratar el TLP.

Si bien la nomenclatura TLP remite a una descripción particular, lo cierto es que tendrían que incluirse todos los conceptos que fueron acuñados con nombres distintos, que de una u otra forma aluden al mismo fenómeno, estas es una de las dificultades que presenta una revisión exhaustiva del término borderline. González Vives et al. (2009) afirman que:

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 problema y no menos importante, es el gran desacuerdo que existe entre los teóricos respecto de los atributos fundamentales del síndrome, existen diferencias más o menos sustanciales dependiendo de la orientación de quien lo trabaja, incluso al interior de las diversas escuelas psicoanalíticas (Frosch, Kernberg, Knight, etc.) o de orientación biológica (Akiskal, Rosenthal y Khani, Klein, etc.). (p. 338)

Antecedentes del concepto borderline podrían remontarse a Hipócrates, sin embargo, es Hughes en 1884 quien comienza a hablar de una frontera de la locura y de personas que viven su vida atravesándola de un lado a otro, ver Frances (1987). En 1890, Rosse describe lo que se conoce como la locura límite en pacientes que pasaban desde la razón a la desesperación. Los autores más contemporáneos que trabajaron los pacientes limítrofes pueden situarse a partir de Schmeidler en 1947, quien afirmaba que lo importante del paciente borderline no eran sus síntomas sino el profundo trastorno de personalidad subyacente que afectaba toda la vida del paciente. Desde esta perspectiva no se considera una entidad definida sino una colección de rasgos y todo un compendio de síntomas. En 1949, Hoch y Polantin (en González Vives et al. 2009) introducen el término de esquizofrenia pseudoneurótica, afirmando que detrás de los síntomas neuróticos aparecen los síntomas de la esquizofrenia. Uno de los autores más importantes dentro de esta temática fue Knight quien en 1953 se centró en los episodios de esquizofrenia y otras psicosis, pero contribuyó de forma crucial en la importancia de la debilidad del yo, considerándola un elemento fundamental en la estructura de personalidad límite. Según Knight (1953), el yo del paciente fronterizo opera defectuosamente como resultado de tendencias constitucionales y sucesos traumáticos con perturbaciones en las relaciones interpersonales. Actualmente en DSM-V el TLP, se caracteriza por una marcada inestabilidad que en conjunto con otra serie de ítems permiten su arribar a su diagnóstico. Para este enfoque un trastorno es definido como un patrón de conductas y de experiencias internas que está generalizado, es estable y se mantiene al menos desde la adolescencia (Esbec & Echeburúa, 2011). Por sí sola esta definición no permite coagular los aspectos dinámicos del TLP. La lógica de los manuales psiquiátricos suele resultar insuficiente para abordar las patologías de una forma integral. Al mismo tiempo, estos manuales ofrecen descripciones que suelen solaparse con otros diagnósticos obstaculizando el trabajo clínico. A raíz de estas insuficiencias, se vuelve necesario precisar los aportes de numerosos autores como Knight 1953; Kety et al 1968; Klein 1967, 1953; Stone 1981, 1981, 1980; Kernberg’s “Borderline Personality Organization”, 1981, 1977, 1975; Grinker’s

“Borderline Syndrome”, 1968; Gunderson and Singer’s “Borderline Personality Disorders”, 1975; Espitzer and Endicott’s “Borderline (unstable) personality disorder” y la “Schizotypal Personality” (en Wöller & Huppertz, 1984) contribuyeron a delimitar el TLP.

Respecto del trabajo clínico, los síntomas del TLP son diversos, pero estableciendo un consenso general, podrían resumirse tal y como Kernberg (1979) ha puntualizado. Ansiedad flotante, crónica y difusa, neurosis poli sintomática, desorganizaciones psicóticas transitorias, fobias múltiples, síntomas obsesivo-compulsivos, síntomas de conversión elaborados o grotescos, hipocondría, tendencias paranoides, desviación sexual, conductas impulsivas, adicciones, tendencias suicidas (Oumaya, Friedman & Pam, 2008; Paris, 2002; Gunderson & Ridolfi, 2001) y «pseudología fantástica» (Snyder, 1986). Desde un enfoque más general, se trata de un psiquismo escindido (en sentido restringido), con las consecuencias que de esto se derivan. La dinámica fronteriza implica la activación de áreas contradictorias como ira-ansiedad, depresión-alegría (Koenigsberg, Harvey, Mitropoulou, et al, 2002). Estas oscilaciones darían cuenta de defensas primitivas cuyo funcionamiento se expresa en momentos de frustración y desvalimiento. Esto provoca que los individuos aquejados de TLP ataquen a otros como un intento de controlar la representación objetal que se vuelve grandiosa debido a la proximidad emocional y a la proyección de partes idealizadas del sí-mismo. Estas alternancias y ataques devaluatorios tienen como consecuencia una vida de relaciones pobres y caóticas, donde lo que se pone en primer plano es la agresión y la dependencia. Los pacientes de este tipo, suelen tener una imagen degradada de sí, proyectando sus complejos profundos sobre las representaciones rudimentarias que se hacen de los otros. Esto tiene como consecuencia una marcada rigidez y estereotipia a la hora de responder caracterológicamente a las necesidades del entorno pero específicamente a las demandas afectivas. Son personas en apariencia empáticas pero sometiéndolos a un examen más riguroso puede comprobarse que son incapaces de decodificar las emociones de los otros (Bateman & Fonagy, 2007). La superficialidad de sus relaciones y la apariencia normal de sus caracteres, han llevado a Helene Deutsch (1942) a decir que se trata de «personalidades como sí» resaltando el funcionamiento aparentemente normal de estos individuos. Lo cierto es que suelen presentarse como personas desinhibidas, con facilidad para conectar con contenidos sociales básicos y captar la atención de la gente, sin embargo, se observa un gran desprendimiento de ansiedad y odio primitivo cuando los vínculos comienzan a profundizarse. Los sujetos con TLP tienen dificultades para modular la distancia con los objetos, incurriendo en relaciones de tipo anaclítico, sin embargo, la dependencia es controlada rápidamente por medio del odio primitivo (Carvalho & Viana, 2013).

El desprendimiento de ansiedad es un elemento fundamental del funcionamiento fronterizo debido a que trae aparejado un intento de cancelación de la misma por medio de la descarga motriz (impulsiones) dando como resultado muchas de las conductas de los sujetos con TLP. La adhesividad relacional de estos pacientes se basa en una dificultad para configurar un espacio interior, un límite entre el adentro y el afuera. Los pacientes aquí descritos carecen de la amortiguación que brinda la función de representación que Winnicott (1971) ha denominado «espacio transicional». Los pacientes borderline suelen ser personas extremadamente dependientes pero rara vez lo admiten, distintas teorizaciones sugieren que en la base de su economía mental podría existir un miedo primitivo al abandono y al desvalimiento, sentido con una ansiedad intolerable. De este modo, distintas facetas de su personalidad pueden expresar contenidos contradictorios sin entrar en oposición. El splitting produce espacios y grupos escindidos en la consciencia del paciente, sin

que puedan establecerse verdaderas conexiones asociativas. Grenn (1983) coincide en tomar el «splitting» como un elemento central al igual que la depresión primaria en relación al temor de enfrentarse a un mundo interno caótico y devastado. La contradicción presente en los fronterizos no se asemeja a la ambivalencia freudiana, por el contrario, dos corrientes contradictorias conviven establemente en estos pacientes, sin llevar a la producción de un síntoma en el sentido psicoanalítico. Para Bergeret, (1990) el estado límite es una estructura en potencia que no ha alcanzado el estatuto estructural definitivo, razón por la cual no son neuróticos ni psicóticos. Para Kernberg (1979, 1987) se trata de un grupo de pacientes cuya organización es crónica y responde a características propias, sintomatología específica, maniobras defensivas, patología de las relaciones objetales interiorizadas y organización dinámica. Esto puede observarse en los fenómenos transferenciales avanzados en donde aparece lo que se ha denominado transferencia psicopática (Kernberg, 1994). Actualmente es un trastorno bien definido que goza de amplia aceptación en todo el mundo, sin embargo, países como Francia y Argentina, aún se encuentran en atraso respecto de la asimilación de esta categoría, lo cual se manifiesta en el poco entrenamiento clínico de los psicólogos clínicos para manejar patologías graves del carácter.

## CONCLUSIONES

Quien estudie el TLP notará que el campo es ciertamente complejo, no solo porque los numerosos autores han trabajado con poblaciones clínicas diversas, sino también porque responden a enfoques y disciplinas distintas (Psicología Clínica, Psicoanálisis, Psiquiatría). Esto ha dado un enorme cúmulo de literatura al respecto que resulta difícil de sistematizar. La importancia clínica del TLP radica en que abre la posibilidad de ampliar la concepción estructural clásica (neurosis, psicosis, perversión) y permite complejizar la mirada clínica. Los pacientes limitrofes constituyen un grupo de individuos que responden a una organización mental particular, diferenciable por su inestabilidad y sus reacciones concretas que se ligan a sentimientos de insuficiencia y abandono. Quien pretenda abordar el TLP, encontrará que la mejor vía para lograr un conocimiento cabal de esta patología radica en la lectura de una multiplicidad de fuentes, y en la relativización de las diferencias establecidas por los autores, las cuales parecen responder más a divergencias teóricas que a verdaderas diferencias extraídas de la práctica clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana De Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5©. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Bergeret, J. (1990): Los estados límites 20 años después, entrevista por Dominique Wintrebert. Rev. Vertex. Vol. I- Nº 1. Buenos Aires. 1990.

Caligor E, Diamond D, Frank E, Yeomans & Kernberg O. (2009). The Interpretive Process in the Psychoanalytic Psychotherapy of Borderline Personality Pathology. *J Am Psychoanal Assoc* 57:271. DOI: 10.1177/0003065109336183.

Carvalho, M. & Viana, T. (2013). Trauma and the negative narcissism in borderline cases. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7 (2), 101-114.

Clarkin John F., Yeomans Frank E., Kernberg Otto F. (2006) *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations* /1st Ed.

Clarkin J. F., Levy K. N., Schiavi J. M (2005) Transference focused psychotherapy: Development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders. *Clinical Neuroscience Research* 4 (2005) 379-386.

Cohen, D. "Una visión actual de la neurobiología del trastorno límite de la personalidad centrada en la mentalización y el procesamiento emocional".

Psicofarmacología, 2016; 97: 9-23.

Deutsch H. (1938) Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia. Esta es una combinación de un trabajo publicado en el *Int. Ztschr. f. P.a.*, XX, .1934, con el título de "Ueber einen Typus der Pseudoaffektivität ('Als ob')", y de una conferencia pro-nunciada en la reunión que la Asociación Psicoanalítica Americana realizó en Chicago en 1938. La presente versión ha sido publicada en *The Psychoanalytic Quarterly*, 1942, XI, 3.

Esbec, E. & Echeburúa, E. (2011) La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Esp. Psiquiatr*; 39 (1): 1-11.

Frances A. J., *Essential Papers on Borderline Disorders: One Hundred Years at the Border* Volume 144 Issue 7, July 1987, pp. 954-954. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.144.7.954>.

Gunderson J. G., Weinberg I. & Choi-Kain L., *Borderline Personality Disorder*. Spring 2013, Vol. XI, No. 2

Gunderson J. G. *Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis*. *Am J Psychiatry* 2009; 166:530-539

González Vives S, Díaz-Marsá M, Fuentenebro F, López-Ibor Aliño Jj, Carrasco JI. (2006) Revisión histórica del concepto de trastorno límite de personalidad (borderline). *Actas Españolas de Psiquiatría* 2006; 34(5): 336-343.

Gunderson J. G. & Ridolfi M. E., *Ann N Y Acad Sci*. 2001 Apr;932:61-73; discussion 73-7

Green, A. (1983): *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.

Kernberg O. F, *What is personality?* *Journal of Personality Disorders*, Volume 30 (2), 145 - 156, 2016. © 2016 The Guilford Press.

Kernberg O. F., Michels R. *Borderline Personality Disorder*. *Am J Psychiatry* 166:5, May 2009.

Kernberg O. F., Yeomans F. E., Clarkin J. F. And Levy K. N. (2008) Transference focused psychotherapy: Overview and update. *Int J Psychoanal* (2008) 89:601-620.

Kernberg O. F., Aggression, trauma, and heated in the treatment of borderline patients. *Psychiatr Clin North Am*. 1994 Dec; 17(4): 701-14.

Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de personalidad*. México: Editorial Taller.

Kernberg, O. (1979). *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*. Buenos Aires: Paidós.

Kernberg O. (1977). *La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico*. Paidós. Bs. As.

Koenigsberg, Harvey, Mitropoulou, Et Al. *Am J Psychiatry* 159:5, May 2002.

Oumaya M., Friedman S., Pham A., Abou Abdallah T., Guelfi J. -D., Rouillion F., *Personnalité borderline, automutilations et suicide: revue de la littérature*. *L'Encéphale* (2008) 34, 452—458.

Paris J. *Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder*. <http://psychservices.psychiatryonline.org> June 2002 Vol. 53 No. 6

Perez D. L, Vago D. R, Pan H., Root J., Tuescher O., Fuchs B. H., Leung L, Epstein J., Cain N. M., Clarkin F. J., Lenzenweger M. F., Kernberg O. F., Levy K. N., Silbersweig D. A., & Stern E. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2016; 70:51-61.

Schmideberg, M. (1947) The treatment of psychopaths and borderline. *Patients*. *Am J Psychother*; 1:45-55.

Snyder S., *Pseudología Fantástica in borderline patient*. *Am J Psychiatry* 143:1287-1289, 1986.

Shedler J., Beck A., Fonagy P., Gabbard Glen O., Gunderson J., Kernberg O., Michels R., & Westen D. *Personality Disorders in DSM-5*. *Am J Psychiatry* 167:9, September 2010.

Winnicott D., (1971) *Realidad y Juego*. Ed. Gedisa. Barcelona, 1993.

Wöller W., Huppertz B.J. *Borderline - eine diagnostische Einheit?* *Fortsehr. Neurol. Psychiatr*. 52 (1984) 338-345 © Georg Thieme Verlag Stuttgart. New York