

EL TRASTORNO LIMITROFE DE LA PERSONALIDAD EN EL CONTEXTO MEDICO

Dr. Enrique Núñez Jasso*

Dr. Juan Ramón de la Fuente**

Summary

The concept of borderline is one of the most controversial categories in psychiatric diagnosis. Its etiology is unknown. For the clinician the diagnosis may be difficult at times, but overall, it is the therapeutic approach what has been subjected to lengthy discussions. In this paper, we critically review the literature concerning its medical dimension: that is, the problem of diagnosis and the differential diagnosis with the various associated syndromes; the meaning of some biological findings recently reported on these patients and the use of psychotherapeutic drugs in selected conditions.

Epidemiologic, psychoanalytic and clinimetric concepts supported by large field trials, resulted in DSM-III criteria of Borderline Personality Disorder. While they have been criticized, we must recognize they allow for clinicians reliability, and attempts are being made to validate them. Other conceptions have heuristic value, such as the one based on the General Systems Theory and yet, they may not be very practical. All things together, diagnosis of this condition still on debate and significant conceptual and operating definitions can be expected in the not too distant future.

An important shift has occurred from the association between borderline and schizophrenia to the association between borderline and depression. In fact, there are data to support the conception of atypical depressions in some of these patients. The much controversial concept of hysteroid dysphoria has also been associated to some borderline patients. However, schizotypal features remain as an important border.

Biological findings are far to be conclusive, and yet, they cannot be ignored. The Dexamethasone Suppression Test has been reported abnormal in some borderlines, but other authors have found it not different from what is expected to be observed in the general population. Other data are more fragmentary and thus, difficult to interpret.

There is no question that some borderline patients benefit when psychotherapeutic drugs are used judiciously. No one argues that these patients will be cured with drugs; but rather that their condition can be improved. Target symptoms must be clearly identified before drug treatment is considered. A theoretical scheme with four borders is presented (affective, schizophrenic, organic and characterological). For the predominating clinical picture on each of these borders, a list of drugs is suggested when appropriate. While this model needs to be tested experimentally, clinicians may wish to use it cautiously as a guide.

The Borderline Personality Disorder is one of the greatest challenges of modern psychiatry; it is a defiant condition for theoreticians, clinicians and investigators as well.

*Departamento de Medicina Psicológica del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Vasco de Quiroga No. 15, Delegación Tlalpan, 14000 México, D.F.

**Clínica de Estudios Especiales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

Resumen

Se revisan algunos conceptos en relación al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) dentro de su dimensión médica, tales como: el problema del diagnóstico, los síndromes asociados, algunos hallazgos biológicos recientemente reportados y el tratamiento con psicofármacos.

Diferencias conceptuales y metodológicas han confundido, más que esclarecido, el diagnóstico del TLP. En la actualidad, ninguno de los sistemas de diagnóstico vigentes es satisfactorio. No obstante, el DSM-III ofrece ciertas ventajas, sobre todo en relación con la confiabilidad. En los últimos años, la asociación entre el TLP y los trastornos afectivos, ha desplazado a la ya clásica asociación con los trastornos de tipo esquizofrénico. Esto ha permitido que algunos pacientes límite hayan sido sometidos a estudios biológicos similares a los que se realizan en pacientes deprimidos. Así hay datos que sugieren que la prueba de supresión con dexametasona puede desenmascarar un proceso afectivo subyacente. No obstante, es prematuro establecer conclusiones y se recomienda cautela en la interpretación de los resultados. Los psicofármacos pueden jugar un papel importante en el tratamiento de muchos de estos pacientes, y deben considerarse como una opción complementaria al tratamiento psicológico.

En este tipo de pacientes, el *límite* puede estar en lo afectivo, en lo esquizofrénico, en lo orgánico, o en lo caracterológico propiamente dicho. Dependiendo de estas características, se puede pensar o no, en hacer uso de algún psicofármaco. Es necesario un mayor rigor metodológico para poder contestar muchas de las preguntas que surgen en relación con este trastorno tan controvertido dentro y fuera de la psiquiatría.

Introducción

El trastorno límite (*borderline*) de la personalidad (TLP), ha sido uno de los conceptos más controvertidos en psiquiatría durante los últimos años, al grado que, aun las revistas médicas de mayor prestigio se han ocupado del tema (28).

Los pacientes con este trastorno presentan una gran variedad de problemas: cambios afectivos, impulsividad, relaciones interpersonales caóticas, alteraciones en la identidad y una "fachada" socialmente aceptable. Su etiología es desconocida, el diagnóstico es difícil (porque se asocia a otras entidades) y el tratamiento es complicado debido, en buena medida, a que la relación médico-paciente se contamina con la manipulación del enfermo, con las esperanzas mágicas de curación, la dependencia patológica y las frecuentes deserciones. En la actualidad no existe un tratamiento de elección que haya probado su eficacia en todos los casos.

El uso del concepto de "límite" se ha impuesto

en los círculos psiquiátricos y forma parte de la nosología actual; y aunque persisten desacuerdos en relación a su validez como síndrome (65), no se puede negar la existencia de este tipo de pacientes.

De acuerdo con Chessick (13), el estudio de los pacientes con TLP puede hacerse desde cuatro perspectivas diferentes: la psicoanalítica, la clínica-psiquiátrica, la biológica, y la sociológica. Cada una de estas áreas tiene un marco teórico y un método diferente, lo que impide que las conclusiones de unas y otras sean comparables, aunque teóricamente podrían ser complementarias. En este trabajo nos limitaremos a revisar sólo algunos aspectos del TLP, lo cual no implica que otros no mencionados aquí, sean menos importantes.

El problema del diagnóstico

El desarrollo de criterios operativos de diagnóstico en psiquiatría, ha permitido superar en buena medida sus principales problemas que eran de confiabilidad y validez.

Al igual que otras entidades nosológicas, el TLP ha sufrido las consecuencias de los intentos reduccionistas y del pensamiento lineal. Afortunadamente, hoy ha ganado terreno la idea de que para entenderlo es necesario usar un esquema multifactorial, sistémico, que permita un razonamiento clínico integral, verdaderamente biopsicosocial (20, 21). Este esquema se deriva de la Teoría General de Sistemas, a la cual se le ha denominado con justicia, la "tercera revolución científica" en psiquiatría (57).

Uno de los problemas fundamentales que ha confrontado el concepto del TLP, radica en que lo mismo se le define como una entidad, condición o síndrome, que como un nivel de organización, espectro o dimensión psicopatológica, cuando en realidad se trata de un trastorno caracterológico crónico para el cual existen criterios de diagnóstico específicos (56).

Cuando un síndrome psiquiátrico es florido y se encuentran las manifestaciones clínicas esperadas, el diagnóstico es relativamente sencillo. En cambio, cuando lo que la naturaleza nos muestra son expresiones incipientes o condiciones mesomórficas que se sitúan en niveles intermedios entre dos o más entidades conocidas, el problema se complica. Tal es el caso de la llamada esquizofrenia esquizoafectiva, y por supuesto, del TLP.

Schimel y cols (70), han señalado que ciertos factores socioculturales dan lugar a modas o estilos cambiantes en el diagnóstico psiquiátrico, y que independientemente de que la psicopatología cambie, muchas veces lo que cambia es solamente la "etiqueta". Por ello conviene recordar, aunque sea brevemente, algunos de los antecedentes que contribuyeron a la formulación diagnóstica actual del TLP.

Los primeros se derivan de los estudios epidemiológicos. Tanto los ya clásicos de Kety (41) y Rosenthal (68), como los más recientes de Kendler (37) y Torgersen (88), coinciden en describir la presencia de "variantes atenuadas" de la esquizofrenia en gemelos y parientes cercanos de enfermos con este padecimiento. De ahí surgió el término de "esquizofrenia límite", y de éste,

a su vez, se derivó el de "trastorno de personalidad esquizotípica" (29).

Los segundos antecedentes provienen de la escuela psicoanalítica, en donde a los pacientes límite se les concibe en función de su estructura o nivel de organización de la personalidad. Aquí destacan los trabajos de Knight (46) y los de Kernberg (38, 39), quien ha desarrollado una entrevista estructurada que ayuda en el proceso del diagnóstico. También Gunderson y su grupo (30-33, 49) han diseñado instrumentos similares que permiten distinguir a los pacientes límite de los esquizofrénicos y de los que tienen trastornos afectivos.

Finalmente, hay que reconocer el valor de los estudios de Robins (66) y Guze (35), y de Feighner y cols (22), quienes fueron pioneros en el desarrollo de criterios operativos específicos para el diagnóstico clínico de los trastornos psiquiátricos y para la investigación en psiquiatría. Fue con base en éstos y en el trabajo de Grinker (25), que Perry y Klerman (62,63) lograron desarrollar una escala clínica y comparar los diversos sistemas hasta entonces utilizados.

En 1979, Spitzer y cols (81) integraron estos antecedentes y realizaron un escrutinio sin precedente entre psiquiatras estadounidenses. Sus datos mostraron que existen dos entidades que se traslapan en aproximadamente el 50% de los casos: el trastorno de la personalidad límite y el trastorno de la personalidad esquizotípica. En 1980 estos dos trastornos pasaron a formar parte del DSM-III (18). Para una revisión más detallada de esta historia, se sugiere consultar a Mack (55), a Millon (59) y a Stone (84).

En años recientes se ha publicado una serie de estudios en donde se revisan todos estos criterios (50, 76) y se investiga la confiabilidad y validez del concepto de límite (27, 47, 48, 72), así como su posible aplicabilidad transcultural (51).

A pesar de estos avances inobjetables en el diagnóstico del TLP, hay que reconocer que aún no se dispone de un modelo que nos deje satisfechos; y tanto Kernberg (40) como Spitzer (82), así lo reconocen.

Síndromes asociados al TLP

Frecuentemente, el TLP se ha asociado con otros síndromes que constituyen estados psicopatológicos graves. En el Cuadro 1 se señalan algunos de los que más se han reportado en la literatura.

En un principio, el TLP fue asociado con las psicosis, en especial con la esquizofrenia (29, 37, 41, 42, 68, 88,

DIAGNOSTICO	AUTOR	REF No.
Personalidad narcisista	Kernberg	16
Personalidad esquizotípica	Spitzer	28
Depresión mayor	Carrol	67
Distorsión histeroide	Klein	46
Trastorno subafectivo	Akiskal	52
Anorexia nervosa	Swift	55
Alcoholismo	Nace	62
Síndrome esquizofreniforme	Cole	87
Disfunción cerebral	Andrulis	60
Síndrome de Münchhausen	Nadelson	61

Cuadro 1. Diagnósticos psiquiátricos que se han asociado con el trastorno límite de la personalidad.

89). Actualmente esta asociación tiene que ver más bien con la personalidad esquizotípica, que se supone es una variante atenuada de la esquizofrenia. En ambos tipos de pacientes se observan episodios psicóticos o "minipsicosis", y el diagnóstico diferencial puede no ser tan sencillo.

Un giro interesante ha sido el énfasis en la asociación del TLP con los trastornos afectivos (85). Ya Kernberg (39) había señalado que es frecuente que los pacientes limítrofes presenten depresión, y Soloff (77) había señalado que "los limítrofes son más hostiles y psicóticos que los depresivos, pero menos psicóticos y más depresivos que los esquizofrénicos".

Klein (43), por su parte, se ha referido a esta asociación en términos de "disforia histeroide", "depresión atípica" y "síndrome de la personalidad emocionalmente inestable". Este mismo grupo (53) considera que el TLP es secundario a un problema afectivo primario. Aunque Spitzer (83) no pudo validar el diagnóstico de disforia histeroide en un estudio clínico epidemiológico, Akiskal y cols (1,2,3,69) han reportado manifestaciones "subafectivas" tales como la distimia o la ciclotimia, y aun casos de depresión mayor y trastorno bipolar dentro del "espectro limítrofe". Este grupo ubica al TLP dentro de las depresiones crónicas y sostiene, con base en sus estudios, que cuando menos el 50% de pacientes con TLP presentan depresión, aunque hacen la diferencia entre las depresiones caracterológicas (sin datos endógenos) y los estados subafectivos.

Otros autores (73, 78), sin embargo, han cuestionado esta asociación entre depresión y TLP. Snyder (73) piensa que los instrumentos usados para evaluar la depresión (p. ejemp. la Escala de Hamilton) no son adecuados para el TLP debido a que no detectan la anhedonia, la futilidad, la sensación de "vacío" ni la soledad características de estos pacientes.

Swift (87) y Bram (10), entre otros, han sugerido que el TLP se asocia a la anorexia nervosa, tanto desde el punto de vista psicodinámico como clínico. Sobre esta misma línea, Beeber (7) diseñó un esquema para clasificar los síndromes depresivos no-melancólicos, en donde incluyó el TLP, la anorexia nervosa, las variantes subafectivas e, incluso, los síndromes de disfunción cerebral mínima con cambios afectivos. Sus datos, aun cuando interesantes, no son convincentes.

Otra de las asociaciones del TLP ha sido con los estados de angustia. Kernberg (39) ubica la ansiedad libre y flotante como dato presuntivo de la organización limítrofe de la personalidad; en tanto que Klein (43) describe la presencia de estados crónicos de angustia, algunas veces en forma de crisis o ataques de "pánico", en los cuadros de depresión atípica; y Sheehan (71) sugiere que algunos cuadros de ansiedad endógena se diagnostican incorrectamente como estados limítrofes.

El grupo de Androlonis (4, 5) ha estudiado la posible correlación entre factores orgánicos y el TLP. Sus datos sugieren que en aproximadamente un 25% de los casos, los pacientes con TLP presentan trastornos episódicos impulsivos, datos de disfunción cerebral mínima u otros trastornos de la atención, epilepsia del lóbulo temporal y/o antecedentes de traumatismo craneoencefálico. Al igual que Stone (84), Androlonis ha

insistido en la necesidad de crear las bases teóricas para una "psicobiología psicoanalítica". Es interesante que este punto de vista se haya derivado de sus estudios con pacientes limítrofes.

Tradicionalmente, al TLP se le ha asociado, o más bien dicho, confundido, con otros trastornos de la personalidad (narcisista, antisocial, infantil, esquizoide, etc.). El propio Kernberg (39) considera a éstas como personalidades de "bajo nivel" dentro de su esquema estructural, y señala al respecto que en realidad no existen dificultades en el diagnóstico diferencial.

También se ha asociado al TLP con el llamado trastorno facticio (Síndrome de Münchhausen) (61), con el alcoholismo (60) y con los estados disociativos de las personalidades múltiples (14). Desafortunadamente son muy pocos los estudios que se han fundamentado en estrategias genéticas (54, 79) lo que sería una forma de validar todas estas asociaciones.

Hallazgos psicobiológicos

Los estudios psicobiológicos reportados en pacientes con TLP son escasos, y han servido fundamentalmente para darle fuerza a algunas indicaciones del tratamiento con psicofármacos.

Snyder (74) reportó que el 38% de los pacientes con TLP como diagnóstico único, presentaba alteraciones sutiles en el electroencefalograma (principalmente actividad lenta), y sugiere que esto puede deberse a una "inmadurez" del sistema nervioso central, lo que a su vez se reflejaría en la impulsividad que caracteriza a muchos de ellos.

En pacientes con TLP y depresión, Carrol (12) encontró alterada la prueba de supresión con dexametasona en el 62% de los casos; pero Soloff (78) la encontró normal en 16 de 19 casos (14 con depresión asociada), mientras que en la serie de Baxter (6), la mayoría de los pacientes con TLP y depresión tuvieron una prueba anormal. Beeber (8) usó la misma prueba y encontró seis falsos positivos en 29 casos de pacientes con TLP, y sugiere la posibilidad de que éste pueda enmascarar la melancolía en algunos enfermos.

Otros hallazgos neuroendócrinos han sido: una respuesta aplanada de tirotropina (TSH) a la estimulación con hormona liberadora de tirotropina (TRH) en 7 de 15 pacientes con TLP, de los cuales 12 tenían depresión (24), y alteraciones en el registro de sueño en pacientes con TLP y depresión unipolar, tales como la latencia MOR acortada y la actividad MOR aumentada (9, 58).

Por otro lado, también se han encontrado asociaciones con condiciones raras, como la enfermedad por movimientos (*motion-sickness*) y los movimientos sacádicos de los ojos (*eye-tracking*), que supuestamente reflejan dificultades en la integración del sistema nervioso central (86). Finalmente, Grotstein (26) piensa que los pacientes con TLP pueden tener una alteración en la integración afectivo-cognitiva, como la que se presenta en los pacientes con cerebro escindido por comisurotomía. Este mismo autor sugiere que el TLP es, a la vez, un estado (*state*) y un rasgo (*trait*), pero su hipótesis no tiene apoyo experimental.

En conclusión, independientemente de los factores psicológicos, tales como la asociación con el incesto (67) y los conflictos familiares (23, 34), que pueden ser muy importantes, hay que reconocer que empiezan a emerger datos biológicos que distan mucho de ser concluyentes, pero que tampoco deben ser ignorados.

Tratamiento psicofarmacológico

La literatura dedicada a los pacientes limítrofes ha sido amplia en relación a las consideraciones psicodinámicas, psicoestructurales, fenomenológicas, a los aspectos del desarrollo y a los de tratamiento psicoterapéutico. Sin embargo, los trabajos que describen un esquema de tratamiento integral que incluya los aspectos farmacológicos son escasos y, además, muy pobres desde el punto de vista metodológico. Por lo general se trata de reportes retrospectivos sin diseño experimental, y sólo excepcionalmente se encuentran estudios controlados.

El empleo de psicofármacos tiene sus indicaciones en estos pacientes, y debe concebirse como complemento de la psicoterapia. Además, su uso racional puede fortalecer la relación médico-paciente que, por lo general, es frágil e inestable.

Hasta 1975 eran pocos los autores que hacían mención a las ventajas que puede tener el usar fármacos en enfermos con TLP. El propio Kernberg (39) fue uno de los primeros en sugerir que se usen tranquilizantes cuando la ansiedad sea tan intensa que dificulte el proceso psicoterapéutico. Otros autores (11, 17) han recomendado en forma imprecisa el uso de neurolépticos a dosis bajas, tal vez influenciados por los conceptos de "esquizofrenia latente" y de "esquizofrenia pseudoneurótica".

De los estudios reportados en la literatura destacan, por su rigor metodológico, cuatro de ellos: Vilkin (90) encontró en una muestra de 45 pacientes, que el diazepam es mejor tolerado que la trifluoperazina y que el meprobamato; Klein (44) reportó una respuesta significativamente superior a la imipramina que a la clorpromazina en 32 pacientes con "esquizofrenia pseudoneurótica"; Hedberg (36) también encontró que en 28 pacientes con "esquizofrenia pseudoneurótica", la tranilcipromina había sido mejor que la trifluoperazina; y Leone (52), en un estudio controlado en 80 pacientes, que la loxapina fue superior a la clorpromazina, sobre todo en lo que se refiere a niveles de ansiedad, hostilidad, ideas paranoides y depresión. Aunque criticables por el uso de escalas diagnósticas inapropiadas, por la ausencia de períodos de "lavado" farmacológico, etc., estos trabajos difieren de la mayoría que son fundamentalmente reportes de casos.

Klein y su grupo (44,45) sugieren que el uso de psicofármacos permite diseccionar algunas entidades descriptivas del TLP, como son la disforia histeroide, la depresión atípica, el trastorno de la personalidad emocionalmente inestable y los estados crónicos de angustia. Esta idea es atractiva, pero metodológicamente es difícil de documentar.

En un estudio retrospectivo, Soloff (80) encontró que el 7.9% de los pacientes internados en un hospital

psiquiátrico, eran limítrofe. De éstos, el 52.6% recibía alguna forma de farmacoterapia, el 62.5% de los cuales había mostrado una "clara e inequívoca" mejoría, a diferencia del 18.7% de los casos que no recibió medicamentos. Un estudio (64) prospectivo mostró que el 48% de los pacientes tenía un trastorno afectivo mayor asociado, y que mejoraron significativamente con el uso de psicofármacos.

Es claro que el tratamiento farmacológico de los pacientes limítrofes es totalmente empírico, y que hasta ahora se ha dirigido más bien hacia los síntomas asociados. La naturaleza de la mayoría de los estudios (abiertos, no controlados) impide establecer conclusiones categóricas. No obstante, los trabajos de Cole (15, 16), Snyder (75) y Ellison (19) permiten integrar un esquema preliminar de tratamiento farmacológico para estos pacientes (Cuadro 2).

LÍMITE	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	FARMACO
Afectivo	Con depresión persistente Con depresión/hipomanía Con depresión situacional Con ansiedad generalizada	Antidepresivos tricíclicos Carbonato de litio Inhibidores de la MAO Benzodiazepinas/amitriptilina
Esquizofrénico	Tipo psicóticas crónicas Tipo psicóticas episódicas	Neurolépticos Carbonato de litio
Mental orgánico	Con trastorno de la atención Con trastorno de la conducta Con trastorno de la impulsividad	Pemolina Benzodiazepinas Carbamazepina/valproato
Caracterológico	Tendencia autodestructiva Tendencia a la dependencia Tendencia al abandono del tratamiento	Contraindicados

Cuadro 2. Esquema de tratamiento psicofarmacológico en pacientes con un trastorno limítrofe de la personalidad.

Independientemente de su posible utilidad clínica, la importancia de este esquema radica en su valor potencial para investigar sistemáticamente los efectos de los psicofármacos en pacientes con TLP. Es decir, permite el diseño de estudios experimentales.

Otros aspectos importantes que deben ser investigados en estos pacientes son: su adherencia al tratamiento, su susceptibilidad a los efectos colaterales, su dependencia a los fármacos, y el riesgo de sobredosificación en intentos o gestos autodestructivos.

Es obvio que el tratamiento de los pacientes con TLP debe ser global, es decir se deben utilizar todos los recursos con que cuenta la psiquiatría moderna, incluyendo, cuando estén indicados, los psicofármacos. Después de todo, la psicofarmacología y la psicoterapia siguen siendo, afortunadamente, herramientas complementarias de la terapéutica psiquiátrica.

Conclusiones

El TLP es sin duda una de las entidades nosológicas más controvertidas dentro de la psiquiatría. A pesar de lo confuso y fragmentario de la literatura y de los pocos estudios rigurosos que se han realizado sobre el tema, es indudable que ha habido avances.

En la actualidad disponemos de criterios operativos, cuya ventaja principal se refleja en la confiabilidad diagnóstica, aunque aún se cuestiona la validez del diagnóstico propiamente dicho. Podemos anticipar que habrá cambios sustanciales en estos criterios en los próximos años.

El refinamiento en los procesos diagnósticos de la psiquiatría también ha permitido entender y clasificar mejor los síndromes asociados al TLP. El avance más significativo en esta área ha sido el peso que ha adquirido el desplazamiento hacia el límite afectivo, en contraste con la importancia del límite esquizofrénico que prevaleció durante muchos años. Esto ha originado a su vez que la investigación biológica, siguiendo las estrategias desarrolladas en la investigación de los trastornos afectivos, aporte algunos datos interesantes. Habrá que esperar los resultados de los estudios con tomografía por emisión de positrones y electroencefalografía computarizada, con los que seguramente se

podrán establecer algunas conclusiones más categóricas.

Finalmente, hay que reconocer que los psicofármacos juegan un papel importante en el tratamiento de algunos de estos pacientes. El escaso número de ensayos clínicos controlados reportados en la literatura, no es sorprendente. Se trata de pacientes, que por su naturaleza inestable, difícilmente pueden ser estudiados prospectivamente; y sin embargo, éste sigue siendo el mejor camino para contestar muchas de las preguntas que hoy todavía no tienen respuesta. Sin lugar a dudas, el trastorno limítrofe de la personalidad es actualmente uno de los grandes desafíos de la investigación psiquiátrica.

REFERENCIAS

1. AKISKAL HS y cols: Affective disorders: II. Recent advances in laboratory and pathogenetic approaches. *Hosp Comm Psychiatry* 34: 822-830, 1983.
2. AKISKAL HS y cols: Differentiation of primary affective illness from situational, symptomatic and secondary depressions. *Arch Gen Psychiatry* 36: 635-643, 1979.
3. AKISKAL HS: Diagnosis and classification of affective disorders: New insights from clinical and laboratory approaches. *Psychiatric Developments* 2: 123-160, 1983.
4. ANDRULONIS PA y cols: Borderline personality subcategories. *J Nerv Ment Dis* 170: 670-679, 1982.
5. ANDRULONIS PA y cols: Organic brain dysfunction and the borderline syndrome. *Psychiat Clin N Amer* 4: 47-66, 1981.
6. BAXTER L y cols: Dexamethasone suppression test and Axis I diagnoses of inpatients with DSM-III borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 45: 150-153, 1984, pm-4.
7. BEEBER AR y cols: The non-melancholic depressive syndromes: An alternate approach to classification. *J Nerv Ment Dis* 171: 3-9, 1983.
8. BEEBER AT y cols: Dexamethasone suppression test in hospitalized depressed patients with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 172: 301-303, 1984.
9. BELL J y cols: Effect of preexisting borderline personality disorder on clinical and EEG sleep correlates of depression. *Psychiatry Research* 9: 115-123, 1983.
10. BRAM S y cols: Anorexia nervosa and personality type. *Int J Eating Dis* 2: 67-74, 1982.
11. BRINKLEY LR y cols: Low dose neuroleptic regimens in the treatment of borderline patients. *Arch Gen Psych* 36: 309-326, 1979.
12. CARROL B y cols: Neuroendocrine evaluation of depression in borderline patients. *Psychiat Clin N Amer* 4: 89-99, 1981.
13. CHESSIK R: The borderline patient. En: S. Arieti and E.B. Brody (Eds.), *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, Nueva York 808-819, 1974.
14. CLARY WF y cols: Multiple personality and borderline personality disorder. *Psychiat Clin N Amer* 7: 89-99, 1984.
15. COLE JO: Drug therapy of borderline patients. *McLean Hosp J* 2: 110-124, 1980.
16. COLE JO y cols: Drug therapy in borderline patients. *Comp Psychiatry* 25: 249-254, 1984.
17. DETRE TP y cols: *Terapéutica Psiquiátrica*. Salvat Eds. México, 1974.
18. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th Ed.) American Psychiatry Association, Washington, D.C. 1980.
19. ELLISON JM y cols: Psychopharmacologic approaches to borderline syndromes. *Comp Psychiatry* 25: 255-262, 1984.
20. ENGEL BH: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196: 129-136, 1977.
21. ENGEL BH: The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 137: 535-544, 1980.
22. FEINGHNER JP y cols: Diagnostic criteria for use in psychiatry research. *Arch Gen Psychiatry* 26: 57-63, 1972.
23. FRANK H y cols: Recollections of family experience in borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 38: 1031-1034, 1981.
24. GARBUTT JC y cols: The TRH test in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research* 9: 107-113, 1983.
25. GRINKER y cols: *The Borderline Syndrome*. Basic Books, Nueva York, 1968.
26. GROSTSTEIN JS: A proposed revision of the psychoanalytic concept of primitive mental states. *Contemporary Psychoanalysis* 16: 479-546, 1980.
27. GROVE WM y cols: Reliability studies of psychiatry diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 38: 408-413, 1981.
28. GROVES JE: Borderline personality disorder. *N Eng J Med* 30: 259-262, 1981.
29. GUNDERSON JG: The search for a schizotype. Crossing the border again. *Arch Gen Psychiatry* 40: 15-22, 1983.

30. GUNDERSON JG y cols: Defining borderline patients. *Am J Psychiatry* 132: 1-10, 1975.
31. GUNDERSON JG y cols: Discriminating features of borderline patients. *Am J Psychiatry* 135: 792-796, 1978.
32. GUNDERSON JG y cols: The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 138: 896-903, 1981.
33. GUNDERSON JG y cols: Borderline and schizophrenic patients: A comparative study. *Am J Psychiatry* 132: 1257-1264, 1975.
34. GUNDERSON JG y cols: The families of borderlines. A comparative study. *Arch Gen Psychiatry* 37: 27-33, 1980.
35. GUZE SB: Differential diagnosis of the borderline personality syndrome. En: JE Mack (Ed.) *Borderline States in Psychiatry*. Grune & Stratton, Nueva York, 1975.
36. HEDBERG DL y cols: Tranlycypromine-trifluoperazine combination in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 127: 1141-1146, 1971.
37. KENDLER KJ y cols: An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia. II. The relationship between schizotypal personality disorder and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 38: 982-984, 1981.
38. KERNBERG OF: *La Teoría de las Relaciones Objetuales y el Psicoanálisis Clínico*. Paidós, Buenos Aires, 1979.
39. KERNBERG OF: *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*, Paidós, Buenos Aires, 1979.
40. KERNBERG OF y cols: Diagnosing borderline personality. A pilot study using multiple diagnostic methods. *J Nerv Ment Dis* 169: 146-155, 1981.
41. KETY SS y cols: Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Am J Psychiatry* 128: 302-306, 1971.
42. KHOURI P: Cautions in the diagnosis of borderline schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 41: 211-212, 1984.
43. KLEIN DF: Psychopharmacologic treatment and delineation of borderline disorder. En: RI Shader (Ed.) *Manual of Psychiatry Therapeutics*. Little Brown & Co. Boston, 1975.
44. KLEIN DF: Importance of psychiatry diagnosis in prediction of clinical drug effect. *Arch Gen Psychiatry* 16: 118-126, 1967.
45. KLEIN DF y cols: *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1980.
46. KNIGHT R: Borderline States. *Bull Men Clin*, 17: 1-12, 1953.
47. KOENIGSBERG HW y cols: Diagnosing borderline conditions in an out patient setting. *Arch Gen Psychiatry* 40: 49-53, 1983.
48. KOENIGSBERG HW y cols: A comparison of hospitalized and nonhospitalized borderline patients. *Am J Psychiatry* 139: 1291-1297, 1982.
49. KOLB JE y cols: Diagnosing borderlines with a semistructured interview. *Arch Gen Psychiatry*, 37: 37-41, 1980.
50. KROLL J y cols: Borderline personality disorder: Construct validity of the concept. *Arch Gen Psychiatry* 38: 1021-1026, 1981.
51. KROLL J y cols: Are there borderline in Britain? A cross validation of US findings. *Arch Gen Psychiatry* 39: 60-63, 1982.
52. LEONE NF: Response of borderline patients to loxapine and chlorpromazine. *J Clin Psychiatry* 43: 148-150, 1982.
53. LIEBOWITZ MR y cols: Hysteroid Dysphoria. *Psychiat Clin N Amer* 2(3): 555-575, 1979.
54. LORANGER AW y cols: Familial trasmission of DSM-III borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 39: 795-799, 1982.
55. MACK JE: Borderline States: Historical perspective. En: JE Mack (Ed.) *Borderline States in Psychiatry*. Grune & Stratton, Nueva York, 1975.
56. *Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales*. Asociación Psiquiátrica Americana. Masson Eds., México, 1983.
57. MARMOR J: Systems thinking in psychiatry: Some theoretical and clinical implications. *Am J Psychiatry* 140: 833-838, 1983.
58. MC NAMARA E y cols: EEG sleep evaluation of depression in borderline patients. *Am J Psychiatry* 141: 182-186, 1984.
59. MILLON T: Borderline Personality: The Unstable Pattern. En: T Millon (Ed.). *Disorders of Personality in DSM-III*. John Willey & sons, Nueva York, 1981.
60. NACE EP y cols: A comparison of borderline and nonborderline alcoholic patients. *Arch Gen Psychiatry* 40: 54-56, 1983.
61. NADELSON T: The Münchausen spectrumm: Borderline character features. *Gen Hosp Psychiatry* 1: 11-17, 1979.
62. PERRY JC y cols: The borderline patient: A comparison of four sets of diagnostic criteria. *Arch Gen Psychiatry* 35: 141-150, 1978.
63. PERRY JC y cols: Clinical features of the borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 137: 165-173, 1980.
64. POPE HG y cols: The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 40: 23-30, 1983.
65. RICH CH: Borderline diagnoses. *Am J Psychiatry* 135: 1399-1401, 1978.
66. ROBINS E y cols: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 126: 107-111, 1970.
67. ROSENFELD AA: Incidence of a history of incest among 18 female psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 136: 791-795, 1979.
68. ROSENTHAL D y cols: The adopted-away offspring of schizophrenics. *Am J Psychiatry* 128: 307-311, 1971.
69. ROSENTHAL TL y cols: Familial and developmental factors in characterological depressions. *J Affect Dis* 3: 183-192, 1981.
70. SCHIMEL JL y cols: Changing styles in psychiatric syndromes. *Am J Psychiatry* 130: 146-155, 1973.
71. SHEEHAN D y cols: Treatment of endogenous

- anxiety with phobic, hysterical and hypochondriacal symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 37: 51-62, 1980.
72. SHUHY M y cols: A comparative study of borderline patients in a psychiatric out patient clinic. *Am J Psychiatry* 137: 1374-1379, 1980.
 73. SNYDER S y cols: Identifying the depressive border of the borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 139: 814-817, 1982.
 74. SNYDER S y cols: Electroencephalography of DSM-III borderline personality disorder. *Acta Psychiat Scand* 69: 129-134, 1984.
 75. SNYDER S: The interaction of psychopharmacology and psychoanalysis in the borderline patient. *Psychiatric Quart* 52: 240-250, 1980.
 76. SOLOFF PH y cols: Diagnostic interview for borderline patients. A replication study. *Arch Gen Psychiatry* 38: 686-692, 1981.
 77. SOLOFF PH: Affect, impulse and psychosis in borderline disorders. A validation study. *Arch Gen Psychiatry* 22: 337-350, 1981.
 78. SOLOFF PH y cols: The dexamethasone suppression test in patients with borderline personality disorders. *Am J Psychiatry* 139: 1621-1623, 1982.
 79. SOLOFF PH y cols: Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 40: 37-44, 1983.
 80. SOLOFF PH: Pharmacotherapy of borderline disorders. *Comp Psychiatry* 22: 535-543, 1981.
 81. SPITZER y cols: Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 36: 17-24, 1979.
 82. SPITZER R y cols: DSM-III Forum. *Hosp Comm Psychiatry* 34: 1001-1002, 1983.
 83. SPITZER R y cols: Hysteroid Dysphoria. An unsuccessful attempt to demonstrate its syndromal validity. *Am J Psychiatry* 139: 1286-1291, 1982.
 84. STONE MH: *The Borderline Syndromes: Constitution, Personality and Adaptation*. McGraw Hill, Nueva York, 1980.
 85. STONE MH: Contemporary shift of the borderline concept from a subschizophrenic disorder to a subaffective disorder. *Psychiat Clin N Amer* 2(3): 577-594, 1979.
 86. STONE MH: Borderline Syndromes. A consideration of subtypes and directions for research. *Psychiat Clin N Amer* 4: 3-24, 1981.
 87. SWIFT WJ y cols: The psychodynamic diversity of anorexia nervosa. *Int J Eating Dis* 2: 17-35, 1982.
 88. TORGERSEN S: Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders. A twin study. *Arch Gen Psychiatry* 41: 546-554, 1984.
 89. TSUANG MT: Schizoaffective Disorder: Dead or alive. *Arch Gen Psychiatry* 36: 633-634, 1979.
 90. VILKIN MI: Comparative chemotherapeutic trial in treatment of chronic borderline patients. *Am J Psychiatry* 120: 1004, 1964.