

Borderline, fenómeno de época.

Borderline, phenomena of our time.

Zoe Vázquez Mata.

Psicóloga en Hospital Universitario José Germain. Madrid.

Kepa Matilla Díez.

Psicólogo Clínico, Hospital Río Hortega de Valladolid.

Resumen: Incesantemente, en nuestro quehacer clínico actual, recibimos a pacientes refractarios a la psicoterapia, debiendo añadir que no se ajustan a las clásicas etiquetas de neurosis o psicosis. Aproximadamente, a mediados del siglo XX surge el debate, todavía inconcluso, del paciente borderline, o de los estados fronterizos; actualmente designados como trastorno límite de la personalidad en las clasificaciones imperantes. El propósito del presente trabajo consiste en realizar una breve aproximación al desarrollo histórico que ayude a dilucidar la problemática que entraña dicho diagnóstico. Posteriormente, se expone de manera sucinta una explicación teórica acerca del narcisismo, concepto que se sitúa en la causa fundamental entre los defensores de dicho fenómeno. Finalmente, se muestra nuestra idea de que, lejos de tratarse de una entidad clínica independiente, nos enfrentamos a un fenómeno de época, donde la nueva presentación clínica se caracteriza por la desubjetivación del malestar.

Palabras clave: Trastorno Límite, Psicosis, Neurosis, Narcisismo, Contemporaneidad.

Abstract. Incessantly, in our current clinical work, we receive patients who are refractory to psychotherapy. It must be added that they do not fit the classic labels of neurosis or psychosis. Approximately in the middle of the 20th century the debate arises, still inconclusive, about the borderline patient, designated as borderline personality disorder in current classifications. The purpose of this work is to make a brief approach to the historical development that helps to elucidate the problems involved to make an accurate diagnosis. Subsequently, a theoretical explanation about narcissism is presented succinctly, a concept that is located as a fundamental cause among the defenders of this phenomenon. Finally, our idea is shown that, far from being an independent clinical entity, we are facing a phenomenon of the time, where the new clinical presentation is characterized by the desubjectivation of the unease.

Key words: Borderline, Psychosis, Neurosis, Narcissism, Contemporaneity.

1. Introducción

Es patente el aumento de sujetos que acuden a nuestras consultas refiriendo sentimientos de vacío, angustia inespecífica y grandes dificultades para tratar de alojar la problemática que les acompañe en su vida.

Lo previo suele presentarse acompañado de alteraciones de conducta, impulsividad, abuso de sustancias, autolesiones y dificultades para sostener una identidad asentada, presentándose ésta fluida y cambiante. En muchas ocasiones nos resulta arduo adscribir a un paciente a una categoría concreta; pues, en una época en la que los ideales han cambiado, nuestros pacientes presentan síntomas más relacionados con la clínica del acto. Si bien en el siglo XX, la esquizofrenia acaparaba la gran mayoría de las disertaciones clínicas; actualmente, es el trastorno límite de personalidad el que se sitúa en el centro de la escena psiquiátrica, desbordando los limitados recursos institucionales.

El debate por los pacientes difíciles de clasificar no es reciente, pues llegó un momento en que, ya no se trataba de síntomas alojados en el cuerpo o en forma de pensamientos obsesivos, sino que la clínica del acto tomaba el terreno.

Nuestros antecedentes se sitúan en autores como Falret, Kraepelin o Bleuler: el primero describió las locuras histéricas, neuróticas que podían presentar fenómenos semejantes a la fragmentación psicótica. Por otro lado, la introducción de la *Dementia Praecox* Kraepeliniana transformó por completo el paradigma psiquiátrico, desembocando en las actuales clasificaciones diagnósticas. Por último, Bleuler estableció los síntomas fundamentales y accesorios, siendo los primeros imprescindibles para el diagnóstico de psicosis. De esta manera, las alucinaciones y los delirios dejaban de ser necesarios para tal menester.

El objetivo del presente trabajo es abordar el concepto «borderline», ver cómo se transforma en una entidad clínica independiente durante la segunda mitad del siglo XX, y cómo acaba copando el conjunto de la clínica dejando de lado entidades milenarias como la histeria. Veremos también cómo su construcción tiene que ver, en gran parte, con las dificultades técnicas ocasio-

nadas por la diversidad de pacientes que acaban accediendo a los tratamientos psicoterapéuticos a partir de los años 50.

2. Desarrollo histórico

El concepto de carácter

La idea de la «personalidad» comienza a tomar fuerza en el ambiente psicoanalítico, principalmente, a raíz de la segunda tópica freudiana que hace hincapié en la estructura del aparato psíquico y deja un poco de lado el síntoma. Uno de los antecedentes es el concepto de «carácter». Los primeros analistas lo usan para ubicar allí a determinado tipo de sujetos que no entran en la neurosis o la psicosis. Son las patologías del carácter. Se trata de patologías asintomáticas que afectan más bien a la dimensión del acto.

Franz Alexander publica en 1930, un importante artículo titulado: “The neurotic character”¹. Su propósito es estudiar la impulsividad, rasgo que debe ser investigado por la psiquiatría, y que constituye lo que justamente él acuña como carácter neurótico. Describe un tipo de cuadro patológico donde los usuales síntomas neuróticos no tienen lugar. Nos presenta a unos sujetos que viven fuera del circuito pulsional, manifiestan tendencias antisociales y alteraciones del yo. Hay una tendencia al acto que invade al yo y desborda la represión, por lo que el *acting out* es inevitable. Son sujetos que no tienen ninguna capacidad de *insight*.

Las formaciones pulsionales se actúan de manera aloplástica. Así, implicar en extremo a su ambiente, a su entorno, es típico de este grupo. Por lo tanto, no estaríamos en un plano intrapsíquico, sino que se trataría de formaciones sintomáticas que se realizan hacia fuera, al exterior. La problemática (el sufrimiento de estas personas) no se refiere al síntoma (obsesiones, somatizaciones...), sino que afectan a toda la personalidad. Son personas cuyas vidas están siempre en acción perpetua, y la función del acto no es otra que el autocastigo, por eso entran en el campo de las neurosis.

Es de notable importancia cómo el autor diferencia entre el presente cuadro descrito y las psicosis: estas últimas también presentan un funcionamiento fundamentalmente aloplástico, pero lo

que las diferencia es que la gratificación del ello es indistinguible de su objeto, no existiendo un conflicto reprimido. En los cuadros psicóticos, no está tan presente la necesidad del acto, sino la ruptura de las defensas de la organización yoica.

Un tipo de psicosis discreta

Clásicamente, se suele citar el texto sobre la personalidad “como sí” de Helene Deustch²: sujetos que transitan por el mundo bajo una cierta normalidad pero que, tras realizar una entrevista psicopatológica en profundidad, podríamos estar ante una psicosis.

Existen numerosos autores³ que realizaron una descripción fenomenológica para aquellos pacientes que entrañan una dificultad diagnóstica; personas con fenómenos psicóticos fundamentales, pero que se manifiestan de manera velada y sin que haya un desencadenamiento evidente, precisando un análisis clínico de gran profundidad. Siguiendo el trabajo desarrollado por Hoch y Polatin, citamos a continuación, de forma resumida, las características más importantes para dicho fenómeno:

El *autismo* y el *pensamiento dereístico*⁴ es el interés que muestran estos individuos por la palabra neta presentada en estado puro y con un significado privado; la idea conceptual o el contexto carecen de importancia, entendible solo si hacemos un análisis minucioso de la persona en cuestión. La *ambivalencia*⁵, entendida más como una polivalencia. Sujetos siempre dubitativos, confusos y dispersos, con alteraciones afectivas en el mismo sentido que se observan en la esquizofrenia (aplanamiento, abulia...), si bien el afecto rígido o inflexible no es propio de estos perfiles. Se observan conexiones inapropiadas o incapacidad para modular los sentimientos, siendo los sujetos invadidos por sus propias emociones. Al síntoma de la ambivalencia se suma la panansiedad y la panneurosis que, en términos vulgares, vendría a explicar la manifestación de ansiedad generalizada, sin objeto delimitador, y la presencia indiscriminada de síntomas neuróticos como pensamientos obsesivos, fobias o síntomas más propiamente histéricos. Las *alteraciones del pensamiento*⁶, no observándose la incoherencia y la desestructuración del mismo, sino condensación de ideas, pensamiento catatímico, expresiones

omnipotentes o un tipo de pensamiento mágico. Si en las neurosis existe la capacidad de racionalizar o conectar un hecho con un factor causal, en estos cuadros, sin embargo, dan detalles explicativos vagos, contradictorios, no pudiendo ir más allá de detalles nimios, construyendo un discurso superficial, el cual repiten de una manera estereotipada. Asimismo, la asociación libre está mermada y, en relación a su infancia, el material está bloqueado. La *desorganización sexual*⁷, no habiendo alcanzado estadios genitales o quedándose en estadios más inmaduros como los pregenitales, o una mezcla de ambos. Así, es posible presenciar tendencias masoquistas y sádicas, y la expresión de ideas incestuosas sin que opere completamente la represión. Sin embargo, todo lo anterior no se capta de una manera tan directa como sucede con las esquizofrenias clásicas. Por último, en relación a si estos pacientes pueden presentar *episodios psicóticos*⁸, los autores se posicionan a favor, pero con la salvedad de que se tratarían de episodios breves, siendo característico de estos episodios la presencia de ideas hipocondríacas, ideas de referencia y la despersonalización. Con respecto al mecanismo de la regresión, sería transversal a todas las estructuras, predominando para estos casos, el mecanismo de la desintegración.

Borderline: Una entidad clínica

En 1953, Robert P. Knight⁹ publica, en la revista *Menninger Clinic*, el artículo “Borderline States” que centra el asunto que nos ocupa. Si bien el autor reitera en múltiples ocasiones que su propósito está lejos de defender dicho concepto como una entidad clínica independiente, se aprecia a lo largo de todo el artículo cierta ambivalencia a este respecto. Para el autor “es un término que se emplea para aquellos que aún no han roto con la realidad, o aquellos en los que la clínica es tan grave que imposibilita el diagnóstico de neurosis. Dicha etiqueta, empleada como diagnóstico, informa más de la incertidumbre e indecisión del clínico que de la condición real del paciente”¹⁰. No es el paciente y su capacidad de ocultar síntomas lo fundamental a tener en cuenta para este tipo de patologías, sino que se trataría más del saber aún incompleto de la psiquiatría, o que no se ha realizado todavía un examen lo suficientemente profundo sobre estos casos.

En un intento realizar un diagnóstico certero, refiere tres criterios que han sido considerados y empleados de manera errónea: el criterio de ruptura con la realidad, que la neurosis y la psicosis son diagnósticos independientes y excluyentes, y el concepto del desarrollo de la libido en etapas¹¹. En relación al primero, se ha tendido a considerarlo como algo que sucede abruptamente, cuando, para el autor, esto no sería así realmente, pues debe existir un proceso previo en el que se vaya gestando todos los signos que se manifestarán en etapas más avanzadas, posibilitando al clínico poder predecir el pronóstico del cuadro atendido, así como conocer la manera de reforzar aquellos factores del yo que todavía están funcionando y que están permitiendo cierto equilibrio para que el sujeto pueda mantener sus resistencias que le defienden ante ese corte con la realidad. Por otro lado, refiere la dificultad que entraña en la comunidad médica la idea de sugerir que neurosis y psicosis no están tan alejadas la una de la otra, si bien en una misma persona es posible observar mecanismos de diferentes estructuras, o también, en diferentes personas, se puede apreciar el funcionamiento de un mismo mecanismo. Por último, la confianza puesta en el desarrollo psicosexual escalonado ha provocado muchos errores a la hora de establecer una psicosis subyacente a ciertos síntomas histéricos, obsesivos o fóbicos.

Basándose fundamentalmente en una alteración yoica, que será la base para todos los desarrollos posteriores que se posicionan a favor de una tercera estructura, Knight conceptualiza los casos borderline como un mal funcionamiento en los procesamientos secundarios del yo; dificultades en la integración de las ideas para mantener sus relaciones de objeto y defensas débiles que no pueden luchar por completo contra las pulsiones inconscientes.

El autor continúa describiendo los microsignos que el clínico debe tener en cuenta para poder detectar esta fragilidad yoica. Lo curioso es que se trataría de los mismos signos que proponen los autores que están a favor de entender lo borderline como una psicosis, delineando, en otros términos, el pensamiento dereístico, la panansiedad y la panneurosis, sin pasar por alto que también describe síntomas típicos de la paranoia. Así pues, parece estar construyen-

do un diagnóstico nuevo y a la vez, no puede alejarse del campo de la psicosis. Él mismo lo nombra en el artículo, incluso refiere que para estos pacientes no se recomienda la asociación libre y se advierte de los peligros de emplear el diván, pues desencadena episodios psicóticos que cesarían una vez que el paciente finaliza su sesión de análisis.

Posteriormente, las investigaciones lideradas por Grinkel, y más adelante por Gunderson, apoyan también la visión de los estados borderline como un diagnóstico independiente. Para ambos autores, la ruptura con la realidad es posible en estos pacientes y, si bien discernirlos de la esquizofrenia resulta harto complicado, se escudan en un mejor funcionamiento premórbido y mejor pronóstico para los pacientes borderline.

Otto Kernberg entiende dicho cuadro como una denominación reservada para aquellos pacientes que presentan una organización caracterológica que, no es típicamente neurótica ni típicamente psicótica, y que está caracterizada por un conjunto representativo de síntomas, una constelación típica de maniobras defensivas del yo, una patología propia de las relaciones objetales internalizadas, y rasgos genético-dinámicos singulares de este cuadro¹².

En primer lugar, en cuanto al cuadro sindrómico¹³, el autor remarca que se tratan de elementos diagnósticos “presuntivos”. Ningún síntoma sería patognomónico y se precisa la presencia de tres o más de los que se describirán a continuación, siendo la presencia de las alteraciones yoicas lo que determinará la decisión diagnóstica.

Los síntomas son los siguientes: ansiedad flotante, crónica y difusa; presencia de un cuadro neurótico polisintomático, caracterizado por la presencia de múltiples fobias, en especial aquellas que están en relación a tendencias paranoides, síntomas obsesivo-compulsivos de tipo paranoide o hipocondriaco, múltiples síntomas de conversión, reacciones disociativas, hipocondría en general y tendencias paranoides e hipocondriacas acompañado de cualquier otro síntoma de perfil neurótico; presencia de tendencias perverso-polimorfas; las “clásicas estructuras de personalidad psicótica” (paranoide, esquizoide, e hipomaniaca y ciclotímica); la impulsividad



como un funcionamiento de la gratificación directa de algún tipo de necesidad pulsional; y el abuso de sustancias.

En cuanto al análisis estructural se constituye, como ya habían mencionado autores previos, una serie de disfunciones yoicas¹⁴:

- 1) Manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica, reflejadas en una falta de tolerancia a la frustración, falta de control de impulsos y un insuficiente desarrollo de los canales sublimatorios.
- 2) Desviación hacia el pensamiento de proceso primario, observado principalmente en las fantasías que presentan estos pacientes, en la rigidez para adaptarse al medio y, especialmente, en el empleo bizarro de ciertas expresiones.
- 3) Operaciones de defensa específicas, siendo esto de elevada importancia: Kernberg concluye que la represión no opera en estos pacientes, sino que es la escisión la principal defensa. Esta imposibilita la internalización de las relaciones objetales y la integración de la imagen de sí mismo, provocando la fusión regresiva de las imágenes de uno mismo y de los objetos, o un desarrollo insuficiente de la diferenciación.

El autor sitúa la prueba de realidad como el factor diferencial entre psicosis y los estados borderline, que permanecerá intacta siempre en los segundos. Sin embargo, señala que la fragilidad yoica de estos pacientes genera que se regresen a etapas muy primarias durante el análisis, lo que provocará que establezcan transferencias psicóticas, en lugar de transferencias más neuróticas. Asimismo, dado lo anterior, es posible observar como pierden la prueba de realidad en la consulta, para volver a recuperarla en un lapso breve de tiempo.

Kohut introduce el estudio de la patología narcisista diferenciándola de la borderline. Entiende la personalidad narcisista como un anhelo en extremo por la mirada del otro¹⁵, pero sin obviar que el narcisismo es una etapa psíquico normal necesaria, situando la problemática en la fijeza del sujeto en esa etapa durante su desarrollo. La agresión o la rabia, presente en este tipo de patología, la

entiende como un fenómeno secundario debido a la no gratificación en las necesidades de identificación e idealización. Contrariamente, Kernberg considera el self narcisista siempre patológico, muy diferente a un yo normal que se debe conformar en la infancia. Asimismo, mientras que Kohut sitúa la idealización producida en la relación terapéutica como una forma de regresión evolutiva normal, una forma de compensación a una falla estructural, Kernberg la encara como una defensa contra una serie de sentimientos negativos.

Para finalizar, es importante nombrar los trabajos más tardíos realizados por Melitta Schmeideberg que, dependiendo cuál consultemos, entiende lo borderline como un trastorno independiente de la neurosis y las psicosis o lo encuentra cercano a esta última. Para la autora, la dificultad estriba en poder encontrar esa línea que separa la “normalidad” de la esquizofrenia simple o de los trastornos de personalidad¹⁶. Estos pacientes presentan episodios psicóticos muy breves, parciales o exclusivamente bajo condiciones de estrés, siendo atípico que desarrollen síntomas comúnmente esquizofrénicos y, si bien se observan oscilaciones anímicas, jamás se llega a objetivar un cuadro maniaco completo o de melancolía. Así, la autora remarca un asunto de gran interés: lo verdaderamente característico de los casos borderline es la ausencia de emociones consideradas normales o esperables bajo ciertas condiciones o eventos externos. De tal forma que, síntomas como la despersonalización, las alteraciones conductuales o la impulsividad son interpretados por Schmeideberg como un intento para salir de su estado anhedónico o de imposibilidad de sentir. Añade otros fenómenos como la alteración en la capacidad asociativa, la dificultad para poder ponerse en el lugar del otro o anticipar las reacciones probables que pudiera mostrar dado el contexto social en el que estamos sumergidos y, por último, remarca que la función del mecanismo de represión está en suspenso (igual que en la psicosis), siendo esto una orientación terapéutica fundamental. En relación a esto último¹⁷, señala la inutilidad de los fármacos o el empleo de la TEC, proponiendo un tipo de terapéutica que combina metodología más psicoeducativa, basada en reforzar y redirigir las funciones yoicas con los intentos de traer al paciente a la realidad.

Borderline: una patología afectiva

El autor más importante que se posiciona a favor del papel que entraña las alteraciones afectivas como causa de la patología borderline es Donald F. Klein. Basándose en la respuesta a fármacos, concluirá que los estados borderline son una patología principalmente de causa afectiva, ya que estos pacientes son refractarios a los neurolépticos, pero presentan una respuesta positiva a los antidepresivos y, en algunos casos, al litio. Es la alteración afectiva (por exceso o por defecto) la que provoca los problemas del yo y no a la inversa. Asimismo, las alteraciones del pensamiento observadas son una amalgama de desórdenes emocionales. Para Klein, el haber obviado el campo de los afectos se debe, por un lado, a que los pacientes están acostumbrados, ya que así lo espera el clínico, a describir sus síntomas empleando un vocabulario más de tipo relacional y por otro, a que los clínicos tendemos a relegar los afectos a un segundo nivel.

Klein estudia cinco síntomas afectivos, que serían los que han recibido mayor atención por el resto de autores que se dedicaron a esclarecer la presente problemática: La labilidad emocional, la disforia histeroide, estados de ansiedad crónicos, fobias neuróticas con ataques de pánico y los estados histriónicos.

La disforia histeroide supone para el autor el punto álgido del debate. La principal característica es la de un estado de ánimo que va desde la euforia a la desesperanza. Son pacientes (sobre todo mujeres) que están muy sujetas al reconocimiento y a conseguir admiración. Si bien refieren depresión, no es al estilo de la depresión endógena, estando orientadas de manera activa a la realización de nuevos proyectos, relaciones, situaciones, etc. Es decir, son personas sujetas al deseo. Intentan reparar el malestar a través de lo social y lo sentimental, aunque son hipersensibles al rechazo. De tal manera que, cuando lo sienten de nuevo, vuelven a mostrar malestar anímico. Parecen “curarse” cuando se aferran a alguien, reciben afecto o comienzan una relación más estable.

En relación a los estados histriónicos, Klein refiere: “Es curioso que a la histeria clásica ya no se la vea. El diagnóstico de esquizofrenia o borderline se realiza mucho más ahora. Pudiera dar la

sensación de que los síntomas esquizofrénicos se hayan propagado en la cultura (libros, televisión, etc.) lo que provoca que sea frecuente su imitación, ya que está más de moda que los ataques histeroepileptoides del S. XIX. Diferenciar la esquizofrenia de la histeria no es tan fácil, debiendo rastrear un signo harto conocido y bien estudiado, pero olvidado por los clínicos: la *belle indifférence*”¹⁸.

Dada la diversidad del cuadro, propondrá la subdivisión del trastorno; admite que hay un subgrupo donde lo afectivo tiene más peso, pero que puede existir un subgrupo donde la fenomenología psicótica tenga prevalencia.

Por último, mencionar a Hagop Souren Akiskal que, ya más tardíamente, reabrirá el debate de considerar lo anímico como causa subyacente a la patología borderline¹⁹. Su trabajo se basa en el análisis diferencial entre los estados borderline y diagnósticos empleados con anterioridad, pero en desuso por los clínicos en la actualidad: el trastorno bipolar, el trastorno ciclotímico y el trastorno distímico.

¿Son los estados borderline dos diagnósticos? Implicaciones en el DSM III

Spitzer llevaba tiempo escribiendo acerca de la independencia diagnóstica del trastorno esquizotípico, para un perfil psicótico, y los estados borderline, para un perfil más impulsivo y con desregulación afectiva. En 1979 se publica en la revista *Schizophrenia Bulletin* un compendio de artículos donde se debate acerca del devenir de los estados borderline. La cuestión acerca de la idoneidad de separarlo en dos tipos de diagnósticos se convierte en el epicentro del debate, y será determinante para la publicación posterior del DSM III.

En su artículo, Liebowitz realiza un análisis de los estudios llevados a cabo hasta la fecha en lo concerniente a los estados borderline²⁰. Determina que, si bien son muchos los intentos de equiparar los estados borderline con la psicosis, las investigaciones que permiten dilucidar la relación específica entre los trastornos afectivos y el borderline son escasas, pudiendo este último ser un subtipo de aquéllos. En relación a las investigaciones proporcionadas por Kernberg y su constructo borderline, se solapan con

los cuadros maniaco-depresivos, así como que, en episodios maníacos se observan los mismos mecanismos de defensa que en los estados borderline. Liebowitz añade las consideraciones de un reciente metaanálisis en el que no se encuentran diferencias entre el borderline de Kernberg y la ciclotimia de Jacobson. Además, añade que la disforia histeroide, se solapa tanto con la perspectiva de Kernberg como con la de Klein. Así, Liebowitz debe concluir que no existe suficiente evidencia para poder posicionarnos del lado de la existencia de una entidad clínica como tal.

Siever y Gunderson, por su parte, realizan una revisión de aquellos estudios que analizan los determinantes genéticos existentes entre la psicosis y los estados borderline²¹. Llevan a cabo una revisión exhaustiva de los estudios adoptivos existentes en los cuales se compara entre pacientes sin una clara esquizofrenia y aquéllos con esquizofrenia crónica, reacción psicótica aguda, estados borderline, personalidades inadecuadas o cuando el diagnóstico es dudoso. Tras su revisión, se muestran de acuerdo en introducir el término de “personalidad esquizotípica” en el DSM III, pero no como entidad separada del diagnóstico borderline, sino como un subgrupo de éste.

Rieder se declara a favor de introducir, como entidad independiente y diferenciada, el trastorno esquizotípico de Spitzer, si bien aboga por el concepto más tradicional de “esquizofrenia borderline”²². Lo que comparten todos estos pacientes, hayan perdido los criterios de realidad o no, son las alteraciones cognitivas, al igual que observamos en la psicosis. Según Rieder, no se puede pasar por alto que la mayoría de los autores, estén más de acuerdo en verlo como una psicosis o no, concuerdan en que los estados borderline presentan autorreferencialidad, delirios recitados, desrealización, alteraciones formales del pensamiento, suspicacia, pensamiento mágico y algún tipo de alucinación.

Por otra parte, Stone, aboga por la existencia de un continuum entre la esquizofrenia y los trastornos del afecto²³; en un extremo se encuentra la esquizofrenia franca, y en el otro, los cuadros borderline como formas atenuadas de las patologías anteriormente citadas. Para el autor, empleando el concepto de Kernberg, se abarcan

ambos dominios: el polo psicótico y el polo afectivo. Asimismo, se posiciona a favor de dividir el diagnóstico y no crear subtipos, apoyando la perspectiva defendida por Spitzer y la posibilidad del doble diagnóstico.

Kernberg se muestra en desacuerdo con la propuesta divisoria de Spitzer. Lo realmente destacable, y que da validez al diagnóstico, son las tendencias morbosas del carácter de estos sujetos²⁴. Intenta poner fin al debate de relacionar borderline con alteraciones afectivas refiriendo que, en las estructuras maniaco-depresivas los síntomas se revierten, mientras que en la psicosis y en los estados borderline la sintomatología se mantiene estable. Asimismo, se opone totalmente a la idea de mantener el concepto de esquizofrenia borderline. Defiende que aquellos autores que se encuentran a favor de mantener dicho término deberían aceptar, entonces, la existencia de un estado borderline afectivo. Sin embargo, sería de una gran confusión y de una gran dificultad establecer el modo de discernir el núcleo principal entre lo que sería el borderline general, del borderline esquizofrénico, y del borderline afectivo.

Llegamos finalmente a la propuesta de Spitzer²⁵, que es la que triunfará en la comunidad psiquiátrica, introduciéndose en el DSM III, y que se centra en dividir lo borderline en dos diagnósticos diferenciados: la personalidad esquizotípica para aquellos sujetos con presencia de fenomenología psicótica, y el trastorno de personalidad inestable (borderline) cuando prima la vulnerabilidad y la inestabilidad en lo relacional y en la identidad. Para este último, permanecerá el término borderline (posteriormente se cambiará por el término más actual de Trastorno Límite de la Personalidad), pues le critican que el concepto «inestable» entra en contradicción con el término de «personalidad» que le acompaña, ya que la personalidad se entiende como el área más estable de una persona. Efectivamente, la crítica es más que pertinente.

Spitzer se defiende de sus principales críticos, arrojando datos de su investigación, si bien, más de la mitad de la muestra empleada en el estudio cumplía criterios para ambos diagnósticos. ¿Cómo soluciona esto? Refiriendo que es posible la comorbilidad; ambos trastornos son indepen-

dientes, pero no excluyentes. De hecho, para él, lo más frecuente sería observar sujetos con ambos diagnósticos. El propio Spitzer reconoce que ambas entidades se superponen con otros trastornos de personalidad y que su trastorno esquizotípico no es más que una variante del trastorno esquizoide, pero debido a que éste es un diagnóstico que se encuentra también dentro de los desórdenes de la personalidad, su entidad esquizotípica, tampoco debería ir subsumida dentro del espectro de las esquizofrenias. Aun concluyendo que se deben realizar más investigaciones al respecto, la propuesta de Spitzer acaba imponiéndose.

3. El concepto de narcisismo

En la comunidad psicoanalítica, más concretamente en la vertiente de la *Ego Psychology*, se va gestando la idea de que la terapéutica debe ir encaminada hacia el fortalecimiento yoico, ya que es esta instancia la intermediaria entre la pulsión y las exigencias superyoicas, y es la encargada de la autorregulación psíquica. Para ello, es fundamental una buena conformación narcisista, posibilitando una buena diferenciación del yo-no yo.

Debido a este cambio terapéutico, Balint, en su obra *La falta básica*, critica la idea de la “técnica correcta”, la aspiración a protocolizar el manejo clínico, olvidándose del propio decir del paciente. Defiende que debe ser el clínico quien se amolde al paciente y no a la inversa.

Puesto que no todos los pacientes podrían internalizar o elaborar las interpretaciones de un análisis ortodoxo, propone dos tipos de niveles a tener en cuenta en los que se situarían los diferentes tipos de pacientes: el preedípico y el edípico. Por un lado, con los pacientes “edípicos” se trata de “elaborar” el material reprimido, movilizarlo desde el inconsciente hacia lo consciente. Todo lo que ocurre sucede en una relación triangular donde está presente el tercero. De tal forma que, para que todo lo previo pueda tener lugar, es del orden de lo fundamental el dominio del lenguaje. Por el contrario, en el nivel preedípico, lo anterior está ausente o se presenta a un nivel “deficitario”, siendo característico una relación a dos, donde no opera el conflicto y el lenguaje es disfuncional, primario, no verbal, por lo

que tiene más relevancia y es más predominante la exoactuación. A este nivel Balint propone llamarlo “la falta básica”²⁶.

Balint prosigue refiriendo que en las tres teorías freudianas existen contradicciones conceptuales entre lo que se ha llamado “amor objetal primario”, “autoerotismo” y “narcisismo primario”. Para el autor, Freud emplea el término yoico en dos sentidos: como una instancia primitiva o bien como una instancia más evolucionada. En un principio sitúa al ello como reservorio de la libido en la etapa del autoerotismo, pero deja sin resolver qué catectiza al yo realmente para, posteriormente, hacer uso del yo como una entidad ya consolidada que trata de dominar al ello. Varios autores postfreudianos intentaron resolver dicha contradicción sin éxito, nombrando al yo del narcisismo secundario como “la propia persona de uno” o el “sí mismo”. A este respecto, Balint refiere: “creo que es lícito afirmar que la propia persona de uno o el sí mismo son conceptos vagos y nebulosos, como carácter, personalidad, etc.; todos ellos son términos confusos y mal definidos, muy útiles para salir del paso en alguna oportunidad, pero quizás inadmisibles como vías de escape de una dificultad teórica”²⁷.

Debido a lo anterior, Balint rechaza la existencia del narcisismo primario, sustituyéndolo por la relación primaria con el ambiente o amor primario²⁸; que le llamemos relación de objeto o narcisismo primario, es cuestión de terminología. Lo importante es que esta es la etapa en la que se produce la primera pérdida. Se podría entender de la siguiente forma:

1. Nacimiento del ser hablante.
2. Amor primario, primera relación.
3. Pérdida de objeto, separación, pérdida de ese estado de armonía, perturbación con el ambiente.
4. Falta básica por esta discrepancia entre individuo- ambiente.
5. Narcisismo como proceso fundamental para empezar a construir la diferenciación (el yo-no yo), así se retira la libido que estaba puesta en el ambiente hacia su yo en desarrollo.

Observamos como la falta básica es una etapa que estaría presente en el desarrollo de todo ser



humano, si bien habría personas que se han quedado fijadas en esa etapa pregenital, no habiendo desarrollado un correcto proceso narcisista y por lo tanto de diferenciación. Para Balint serían estos pacientes los que designamos como estados borderline.

Por otra parte, otro autor que disiente con la perspectiva postfreudina en relación a la instancia yoica y la formación del narcisismo fue Jacques Lacan. En su escrito el “estadio del espejo”²⁹, expone que el yo se liga a la imagen del cuerpo. El niño, al reflejarse en el espejo y ver por primera vez su imagen completa, como una Gestalt, queda fascinado, precipitando la formación del yo. Además, el niño debe rivalizar con su propia imagen para identificarse con ella y así, posteriormente, poder identificarse con la del otro, con quien también rivaliza. La imagen propia del espejo y la imagen del otro es lo que se denomina “yo ideal”. Esto es lo que provoca la alienación imaginaria en el espejo, provocando la identificación con esa imagen ideal, pero que nunca llega a alcanzarse³⁰.

Por lo tanto, Lacan establece lo siguiente:

- a) El yo se reduce al narcisismo. No es más que una captación imaginaria.
- b) El yo nace en el mismo momento en el que nos vemos reflejados en el espejo y conformamos una imagen global y ficticia de nuestro cuerpo.
- c) Narcisismo y agresividad convergen a la vez (Freud proponía dos momentos: primero agresividad, transformada posteriormente en amor).
- d) El yo como estructura paranoica. No vemos lo que está en nosotros, sino que lo proyectamos hacia el otro.

De esta forma, el yo ideal es insuficiente, precisando del ideal del yo (estatuto simbólico): el lenguaje, lo social, la cultura y la ley. Estos rasgos se integran y median la relación imaginaria dual, permitiéndonos alojarnos en un lugar del ideal del yo que nos posibilite ser amados por nuestros otros, en la medida que respondemos como se espera a ciertas exigencias. Por lo tanto, el narcisismo es necesario para que los ideales, valores, etc. se inscriban, siendo la imagen del cuerpo la vasija donde se inscriben los pri-

meros significantes, que serán los de la madre fundamentalmente.

Si tenemos en cuenta lo previo, centrar la causa de una patología en el narcisismo no es válido. Si entendemos que éste se conforma (mejor o peor) a través de las identificaciones que desarrolla el yo, estamos hablando de una instancia imaginaria. Por lo tanto, pudiéramos concluir que el diagnóstico de borderline, que sitúa las alteraciones yoicas como la etiología del trastorno, se asienta exclusivamente en un plano imaginario, estableciendo del mismo modo transferencias imaginarias.

De este modo, surge nuestra hipótesis: En sujetos psicóticos, se trataría de no desanudar la imagen del yo ideal, que tan bien han sabido asentar; mientras que, del lado de la neurosis, antes de poder realizar un análisis, debemos conseguir que el paciente en cuestión pase del yo ideal al ideal del yo (que lo simbólico pueda establecerse con más vigor para organizar el registro imaginario).

4. Cuadro clínico de una época

Nunca antes hemos estado tan solos; remitidos a nuestro reducto libidinal tememos y anhelamos la intimidad por igual. Nunca antes hemos estado tan convencidos de que debemos autoexplorarnos, autoconocernos, pero para finalmente ignorar aquello más íntimo y singular en nosotros. Nos encontramos en el momento de la pura indiferencia. Animados a tomar multitudinarias identidades, nuestra existencia se asienta en un nivel superficial. Atravesamos una época en la que de lo que se trata es de integrar todos los polos; todo es posible bajo el precio de una indiferencia apática, de un vacío existencial, de un nihilismo melancólico, del aniquilamiento del deseo. Nada nos pertenece realmente ni pertenecemos a nada; todo pierde su substancia, todo es frívolo, todo es mutable. Bajo unos ideales impostados de tolerancia, se nos empuja (y lo aceptamos) a consumir semblantes con cada uno de los *gadgets* que acompañan a tal o cual identidad.

En palabras de Lipovetsky: “Las conciencias ya no se definen por el desgarramiento recíproco; el reconocimiento, el sentimiento de incomunicabilidad ha dejado paso a la apatía y la propia inter-

subjetividad se encuentra abandonada. Después de la deserción social de los valores e instituciones, la relación con el Otro es la que sucumbe, según la misma lógica, al proceso de desencanto. El yo ya no vive en un infierno poblado de otros egos rivales o despreciados, lo relacional se borra sin gritos, sin razón, en un desierto de autonomía y de neutralidad asfixiantes. La libertad, como la guerra, ha propagado el desierto, la extrañeza absoluta del otro. «Déjame sola», deseo y dolor de estar solo. Así llegamos al final del desierto; previamente atomizado y separado, cada uno se hace agente activo del desierto, lo extiende y lo surca, incapaz de vivir el Otro. No contento con producir el aislamiento, el sistema engendra su deseo, deseo imposible que, una vez conseguido, resulta intolerable: cada uno exige estar solo, cada vez más solo y simultáneamente no se soporta a sí mismo, cara a cara. Aquí el desierto ya no tiene ni principio ni fin³¹.

Si recordamos, el narcisismo es un proceso necesario para el reconocimiento del otro, siendo tal reconocimiento el que me permite reconocerme a mí mismo. El niño debe retirar la libido de los objetos y redirigirla a sí mismo, quedando su imagen real e imaginada alienadas por el yo ideal. Es el tiempo de la instauración de la ley de castración, de enfrentarse a las exigencias y valores del entorno para construir el ideal del yo. Por lo tanto; ¿qué efectos comporta para la clínica una época subyugada por el objeto, ensalzándolo como único valor posible por el discurso capitalista?

Nuestra hipótesis apunta a cómo los ideales imperantes en cada época, presentes en lo social, influyen a las subjetividades. Se precisa perder o ceder algo para introducirse en lo social, existiendo un límite en la propia satisfacción. Si la época actual se caracteriza por un empuje al exceso, donde todo se puede, hay una dificultad para asumir la pérdida. A esto se le suma el declive de la palabra y la reflexión. Así, los síntomas más comunes adscritos a la categoría actual de TLP (anorexia, bulimia, cortes en el cuerpo, adicciones...) serían formas de manejar una angustia que se torna insoportable para los sujetos contemporáneos.

De esta manera, los estados borderline, patología del acto por excelencia donde existe gran

confusión identitaria, ¿no pudieran tratarse de neurosis de época? Sujetos alienados a principios imaginarios, con identidades vaporizables, fluidas, mutables, que no permiten dar paso a un ideal del yo fuerte. Por otra parte, del lado de la psicosis ¿y si nos enfrentamos a locuras “normalizadas” que bajo los ideales de época pudieran pasar más desapercibidos que antes? Es decir, que amoldándose a la multitud de identidades que circulan por doquier en nuestra época, se aferran a algo frágil pero que anuda, que no los deja tan a cielo abierto.

5. Conclusiones

El debate acerca de si lo borderline es una entidad clínica por derecho propio permanece inconcluso. No se ha resuelto lo concerniente al afecto, si se trata de psicosis discretas o simplemente es un conjunto de síntomas agrupados de manera forzosa para darle cierta consistencia.

Hemos explicado que no se puede realizar un diagnóstico considerando solamente el proceso narcisista y la formación del yo. No podemos olvidar que vivimos en relación con otros, que los ideales imperantes del momento tienen un efecto en las manifestaciones clínicas de los sujetos contemporáneos. Debemos alojar los discursos subjetivos que nos permiten, a través de la escucha del decir particular de cada paciente, tener un conocimiento lo más riguroso posible acerca del síntoma que genera sufrimiento y malestar en cada uno de nuestros pacientes; asunto de mayor importancia para nosotros.

Finalizamos con una cita de Javier Carreño y Kepa Matilla de un artículo aparecido en la revista “El Psicoanálisis” que trata de la patología borderline como fenómeno contemporáneo: “la clínica del síntoma se ha tornado la clínica del acto, donde sujetos incapaces de simbolizar su acontecer diario y los impasses de su subjetividad son empujados a un continuo acto casi desasido de formalización alguna. Esta clínica actual del malestar en la cultura desubjetivada y de imperativo neoliberal crea sujetos que encajan como un guante en lo que hemos llamado locura normalizada o psicosis ordinaria [...] Son estos sujetos, muchos de ellos neuróticos pero fragilizados, sostenidos en identificaciones de ocasión y con un lazo con el otro totalmente



precario. Son, en definitiva, neurosis ordinarias o cotidianas, no psicosis, que exigen, como hemos apuntado, un nuevo posicionamiento durante los primeros impasses adecuado a los

tiempos que corren, hasta que poco a poco puedan desplegar una historia por la que nunca se hubieran preguntado”³².

Contacto

Zoe Vázquez Mata ☎ 644 351 299 ✉ zvazquezmata@gmail.com
Hospital Universitario José Germain • c/ Cáceres 13 2º J • 28045 Madrid

Bibliografía

1. Alexander, F., “The neurotic character”. *The International Journal of Psychoanalysis*, nº 1, 1930, págs. 292-11.
2. Deutch, H., “Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship to Schizophrenia”. *Psychoanal. Quart.*, vol. 11, 1942, págs. 301-321.
3. Zilboorg, G., “Ambulatory Schizophrenias”. *Psychiatry*, nº4, 1941, págs. 149-155.
4. Hoch, P. y Polatin, P., “Pseudoneurotic forms of schizophrenia”, *Pshychiat. Quart.*, nº23, 1949, pág. 250.
5. Idem.
6. *Ibíd.*, p. 251.
7. *Ibíd.*, p. 253.
8. *Ibíd.*, p. 252.
9. Knight, R., “Borderline States”. *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol.17, nº 1, 1953, págs. 1-11.
10. *Ibíd.*, pág. 1.
11. *Ibíd.*, pág. 3.
12. Kernberg, O. F., *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Barcelona, Paidós, 1979, pág. 21.
13. *Ibíd.*, págs. 23-26.
14. *Ibíd.*, págs. 34-40.
15. Kohut, H., *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*, España, Amorrortu, 2015.
16. Schmideberg, M., “The Treatment of Psychopatics and Borderline Patient”, *American Journal of Psychotherapy*, 1(1), 1947, págs. 45-70.
17. Schmideberg, M., “The Borderline Patient”, en S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry*, vol.1, Nueva York, Basic Books, 1959, págs. 398-416.
18. Klein, D.F., “Pharmacological Treatment and Delineation of Borderline Disorders”. In Hartocollis, P., ed. *Borderline Personality Disorders: The Concepts, The Syndrome, The Patient*. New York, International Universities Press, 1977. Op. Cit., pág. 379.
19. Akiskal, H.S., “Subaffective Disorders: Dysthymic, Cyclothymic and Bipolar II Disorders in the Borderline Realm”. *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 4, nº 1, 1981, págs. 25-46.
20. Liebowitz, M. R., “Is Borderline a Distinct Entity?” *Schizophrenia Bull.*, vol.5, nº 1, 1979, págs. 23-28.
21. Siever, L. J., and Gunderson, G. J., “Genetic Determinants of Borderline Conditions”. *Schizophrenia Bull.*, vol. 5, nº 1, 1979, págs. 59-86
22. Rieder, R. O., “Borderline Schizophrenia: Evidence of Its Validity”. *Schizophrenia Bull.*, vol. 5, nº 1, 1979, págs. 39-45.
23. Stone, M., “Assesing Vulnerability to Schizophrenia or Manic-Depression in Borderline States”. *Schizophrenia Bull.*, vol. 5, nº 1, 1979, págs. 105-110.
24. Kernberg, O.F., “Two Reviews of The Literature on Borderlines: An Assesment”. *Schizophrenia Bull.*, vol. 5, nº 1, 1979, págs. 53-58.
25. Spitzer, R. L. and Endicott, J., “Justification for Separating Schizotypal and Borderlines Personality Disorders”. *Schizophrenia Bull.*, vol. 5, nº 1, 1979, págs. 95-104.

26. Balint, M., *La Falta Básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*, Barcelona, Paidós, 1993, pág. 29.
27. *Ibíd.*, págs. 57-59.
28. *Ibíd.*, pág. 83.
29. Lacan, J., “El estadio del espejo como formador de la función del yo tal y como se nos revela en la experiencia analítica”. *Escritos*, vol. 1, Madrid, Siglo Veintiuno Editores, 2013, págs. 99-105.
30. Nasio, J. D., *Enseñanza de 7 Conceptos Cruciales del Psicoanálisis*, Barcelona, Gedisa, 1996.
31. Lipovetsky, G., *La era del vacío*, Barcelona, Anagrama, 2019, *Op. Cit.*, págs. 47-48.
32. Carreño, J. y Matilla, K., “Sobre lo Ordinario en la Clínica de la Psicosis y la Neurosis”. *El Psicoanálisis*, octubre, 30/31, 2017, *Op. Cit.*, pág. 132.

- Recibido: 07/05/2021.
- Aceptado: 09/06/2021.