

# EL FUNCIONAMIENTO BORDERLINE

*Al analizar la organización defensiva de la personalidad borderline, Kernberg subraya que su Yo es frágil y a menudo se ve invadido por la ansiedad, siendo sustancialmente incapaz de utilizar los mecanismos de defensa asociados a la represión. Clínicamente se revelaría principalmente por sus dificultades para controlar sus impulsos.*

*Se trata de personas que llevan con cierta facilidad a la conciencia contenidos que deberían ser reprimidos y que precisamente a causa de ello no consiguen encontrarse bien.*

*Según Kernberg, las estructuras borderline y psicótica emplean con frecuencia mecanismos defensivos basados en la escisión en lugar de mecanismos basados en la represión. Pero los pacientes borderline no pierden fácilmente el contacto con la realidad porque han cumplido de forma satisfactoria una tarea evolutiva muy precoz y son capaces de distinguir con cierta claridad las pulsiones y las representaciones ligadas al Sí mismo de aquellas ligadas al otro, al Objeto según lo entiende Melanie Klein.*

*La conclusión a la que tenemos que llegar es que esta “frontera” borderline es mucho mayor que las regiones que debiera delimitar. Como si para explicar la geografía se dijera que Francia es la frontera que separa los Alpes de los Pirineos.*

## TRASTORNO BORDERLINE: ESTRUCTURA O FUNCIONAMIENTO

### ESTRUCTURA BORDERLINE

La dificultad de llegar a una descripción unitaria de los trastornos definidos como borderline ha sido durante mucho tiempo uno de los problemas más graves de la moderna nosología psiquiátrica. El uso limitado del término trastorno borderline de la personalidad propuesto por el DSM IV chocaba contra la práctica del uso extensivo del mismo propuesto por autores como Kernberg. Éste habla explícitamente del nivel de funcionamiento borderline a propósito de un espectro muy amplio de trastornos psiquiátricos descritos en el Eje I y Eje II del DSM IV. Las razones teóricas de esta divergencia las discute extensamente el propio Kernberg, autor que subraya la necesidad de basar el diagnóstico en conceptos relativos a la organización defensiva de la personalidad, diferenciando claramente desde el punto de vista clínico, terapéutico y sobre todo pronóstico los trastornos de personalidad de tipo neurótico de los de tipo borderline y concentrando la atención en la especificidad de las estructuras de personalidad y no en la variedad no específica de aparición sintomática.

A partir de estas consideraciones, Kernberg propone utilizar la categoría de estructura borderline como indicador del nivel de funcionamiento que subyace a una serie muy amplia de

casos clínicos aparentemente distintos, que, sin embargo, pueden distinguirse claramente de las situaciones cuyo funcionamiento prevalente es de orden neurótico o psicótico. De ello deriva la posibilidad de examinar dentro de una única categoría de diagnóstico cuadros clínicos que a menudo se consideran sustancialmente distintos y autónomos entre sí, por ejemplo en términos de toxicomanía o trastornos de la alimentación.

El elemento común a la patología borderline es la alternancia a lo largo del tiempo de trastornos agudos, críticos y sintomáticos y trastornos estables más o menos graves. La observación prolongada durante años permite hallar la frecuencia con la que una misma persona presenta en diferentes fases de su vida uno u otro de los trastornos aparentemente tan distintos que recaen en este tipo de definición.

La siguiente Tabla 1.1 ofrece un examen amplio, aunque no exhaustivo, de los diferentes estados clínicos en los que es posible deducir el diagnóstico estructural de trastorno borderline.

**TABLA 1.1 Formas clínicas del trastorno de personalidad (Kernberg, 1975)**

Cuadros clínicos	Denominaciones convencionales	DSM IV
Ansiedad crónica fluctuante, difusa, poco influida por los fármacos; neurosis polisintomáticas	Trastorno "pseudoneurótico"	Trastorno de ansiedad generalizado
Desviaciones sexuales con tendencias perversas (pedofilia, sexofilia, formas de sadismo sexual)	Perversiones sexuales	Parafilias
Toxicomanía de heroína y cocaína; politoxicomanías; dependencia de los juegos de azar; alcoholismo; cleptomanía	Toxicomanías y otras formas de "neurosis compulsiva"	Dependencia de sustancias, cleptomanía
Depresiones graves crónicas o recurrentes con tendencias masoquistas	Depresión grave	Trastorno depresivo mayor recurrente; trastorno depresivo de personalidad
Bulimias de diversos tipos; alternancia de bulimias y anorexias	Trastornos graves de la alimentación	Trastornos de la alimentación; anorexia; neurosis; bulimia nerviosa
Impulsividad patológica con tendencias auto-y/o heterodestructiva y/o inestabilidad del tono del humor (ciclotimia)	Trastornos del control de los impulsos; ciclotimia	Trastorno de personalidad borderline. Trastorno ciclotímico; distintas formas de trastorno bipolar
Narcisismo patológico	Narcisismo patológico	Trastorno narcisista de la personalidad
Antisocialidad; psicopatías (del gánster al sociópata o a la criminalidad de los colectivos blancos)	Antisocialidad; psicopatías; personalidad psicopática	Trastorno antisocial de personalidad
Manías delirantes, persecutorias o huidas de la realidad	Personalidad paranoide; paranoia	Trastorno paranoide y esquizoide de la personalidad; trastorno delirante (no

		esquizofrénico)
--	--	-----------------

La Tabla 1.2 señala los elementos comunes a los distintos estados cuyo registro permite ofrecer un diagnóstico de trastorno borderline.

**TABLA 1.2 Formas clínicas del trastorno de personalidad (Kernberg, 1975)**

Manifestaciones no específicas de la labilidad del Yo	Falta de tolerancia a la ansiedad; ausencia de control de los impulsos; débil desarrollo de los procesos de sublimación
Debilidad (ausencia) de represión	Coexistencia caótica en la conciencia de los derivados pulsionales y de defensas que intentan controlarlos; pseudocomprensión de sí mismo y de los propios mecanismos sin un reconocimiento real de su aspecto conflictivo
Posible deslizamiento hacia procesos de pensamiento primario	No hay pérdida del sentimiento de realidad ni alteración formal de los procesos de pensamiento. El trabajo terapéutico, las situaciones problemáticas y el uso de test proyectivos y de estímulos no estructurados puede revelar procesos de pensamiento primario
Patología de las relaciones objetales	Dispersión de la identidad a falta de un concepto integrado y estable del Sí mismo y de los objetos que se relacionan con el Sí mismo; tendencia a no definirse claramente a sí mismos y ausencia de comprensión profunda de los demás, con serias dificultades para el desarrollo de relaciones interpersonales basadas en el reconocimiento y la reciprocidad.
Mantenimiento del concepto (juicio) de realidad	En la entrevista diagnóstica el paciente reacciona correctamente (refuerzo del examen de realidad y mejor funcionamiento del Yo) ante la exposición de (su) incongruencia y respecto a la interpretación de las operaciones defensivas activadas en la transferencia

La Tabla 1.3 recoge las líneas fundamentales de una distinción necesaria entre los trastornos de un nivel borderline y los de nivel psicótico y neurótico.

**TABLA 1.3 Características estructurales de los trastornos de personalidad (Kernberg, 1984)**

	T. Neurótico	T. Borderline	T. Psicótico
Manifestaciones no específicas de labilidad del Yo	Posibles	Evidentes	Evidentes
Debilidad (ausencia) de represión	No	Si	Si
Posible deslizamiento hacia procesos de pensamiento primario	No	Si	Muy evidentes

Patología de las relaciones objetales	No	Si	Si
Mantenimiento del juicio de realidad	Si	Si	No

Con su insistencia en el mantenimiento del principio de realidad por parte de los pacientes borderline, la vía abierta por Kernberg lleva a distinguir de forma clara categorías de los pacientes que comparten la tendencia a utilizar mecanismos defensivos basados en la escisión, pero que difieren profundamente entre sí por capacidad y posibilidades de organizar la propia vida y de responder a las intervenciones terapéuticas.

En relación con la frontera entre lo neurótico y lo borderline, el dato fundamental tiene que ver con los **mecanismos defensivos** prevalentes. En el caso del trastorno **neurótico** se basan en la **represión**, mientras que en el trastorno **borderline** se basan en la **escisión**. El síndrome de dispersión de la identidad puede considerarse, en la entrevista de diagnóstico, el chivato más sensible de la prevalencia de defensas basadas en la escisión. Así la frontera entre el trastorno **borderline** y el trastorno **psicótico** vendrá, marcada por el **juicio de realidad** que presente el paciente. Con su insistencia en el mantenimiento del principio de realidad de los pacientes borderline, Kernberg nos permite distinguir de forma clara categorías de pacientes que comparten la tendencia a utilizar mecanismos defensivos basados en la escisión, pero que difieren profundamente entre sí por capacidad y posibilidades de organizar la propia vida y de responder a las intervenciones terapéuticas, es decir, entre borderline y psicóticos.

#### FUNCIONAMIENTO BORDERLINE

La manifestación más común del funcionamiento borderline es la tendencia a emitir juicios extremos, “o blanco o negro”, sobre nosotros mismos o sobre la realidad que nos rodea. La mente que funciona a un nivel borderline utiliza la escisión y juzga todo como bueno o malo, sin matices, y tiene grandes dificultades para captar la gradación de lo positivo y lo negativo en una misma persona o en un mismo objeto. Un funcionamiento de este tipo es natural en el niño de 15 a 21 meses para quien la madre presente es la nodriza buena y la maravillosamente responsable que lo deja feliz y agradecido, mientras que una madre ausente es la bruja terrible que lo llena de odio y de rabia. Solamente hacia los 3 años, cuando el niño puede recordar con claridad la madre que estaba e imaginar mentalmente a la que volverá a aparecer, se supera esa fase crítica. La superación de la angustia de separación señala la estabilidad alcanzada en la relación con el objeto amoroso. Indica la integración de la imagen de la madre mala (ausente) con la buena (presente), preparando, según Mahler, al niño para los aspectos madurativos de la separación que seguirá a su nacimiento psicológico real.

En la persona normal, la capacidad de integrar las representaciones buenas y malas del objeto aumenta gradualmente con la edad y alcanza (o debería alcanzar) su máximo nivel en la edad adulta. Las personas maduras son capaces de respetarse a sí mismas y a los demás y basan su equilibrio en la conciencia profunda de la imperfección propia y ajena. La tendencia a una regresión hacia posturas más primitivas, sin embargo, existe siempre en situaciones de estrés especial: cambios de fase del ciclo vital, duelo, enamoramiento...

La regresión a modos de funcionamiento borderlaine también es posible en personas más sanas y maduras aunque, evidentemente, resulta más fácil en personas que no lo son tanto.

**La característica fundamental de lo que Kernberg define como una estructura de personalidad, o el DSM-IV como un trastorno de personalidad, es la especial facilidad con que una determinada persona retrocede a niveles de funcionamiento borderline.**

Desde el punto de vista clínico esta característica se expresa frente a las tareas a menudo gravosas que la vida nos presenta con la irrupción repentina y explosiva o regular y sistemática de conductas poco meditadas, que son una expresión directa en el plano de la conducta de las emociones fuertes y descontroladas de una mente que funciona sin matices, ofreciendo juicios “en blanco y negro”.

Hemos visto que cuando funciona a nivel borderline el individuo basa sus emociones, sus vivencias y comportamientos en representaciones primitivas del Sí mismo y del otro típicas de una edad más temprana. Los objetos totalmente buenos (que nutren) o los totalmente malos (que privan) se alternan en su experiencia con representaciones correspondientes al Sí mismo: la triunfante de la omnipotencia y la dolorosa y humillante de la impotencia. **Lo que es realmente típico del funcionamiento borderline es la oscilación entre estos estados de ánimo opuestos y entre sus correlatos afectivos.**

El funcionamiento borderline es de todas formas uno de los funcionamientos posibles de cualquier mente humana. Depende de que se supere un umbral de activación que es diferente de una persona a otra, y distinta en el tiempo para la misma persona, cuyo valor inicial se establece al final de un recorrido evolutivo que avanza durante mucho tiempo en el transcurso de la infancia. Este umbral de activación es especialmente bajo en las personas que presentan clínicamente un trastorno de personalidad, y es un índice exacto, cuanto más elevado es, de la madurez y fiabilidad de una persona. Pero no es fijo sino que oscila continuamente en relación con las dificultades que presenta la vida. No obstante, lo más importante en el análisis clínico es la forma en que, una vez activado, el funcionamiento borderline puede:

1. Retroceder rápidamente en las situaciones en las que su activación está ligada a circunstancias que así lo prevén: el estadio deportivo, la discoteca, el concierto de rock o la participación en cualquier caso, en emociones pasajeras de un colectivo grande.
2. Retroceder en tiempos cortos o medios si el trauma que lo ha inducido se ve superado por los hechos o elaborado psicológicamente de forma correcta.
3. Ampliarse, aumentando su poder intrusivo: dentro de la situación que lo ha provocado y lo apoya y/o fuera de ésta.

Duelo y síndrome postraumático son dos ejemplos “normales” de regresión borderline.

Es importante señalar que **las experiencias que subyacen en una regresión estable y grave de un individuo a un nivel de funcionamiento mental borderline suelen ser las asociadas a la pérdida y al trauma**, más o menos evidentes.

TABLA 1.4 Comportamientos más frecuentes en las historias definidas por la prevalencia de un nivel de funcionamiento neurótico, borderline o psicótico.

<i>Nivel</i>	<i>Área estudio-</i>	<i>Área de</i>	<i>Adhesión a una</i>	<i>Área de los</i>
--------------	----------------------	----------------	-----------------------	--------------------

	<i>trabajo: las prestaciones</i>	<i>competencias sociales</i>	<i>idea de tipo político o religioso</i>	<i>sentimientos</i>
<b>NEURÓTICO</b>	Tendencia a conservarlas, pero a veces se frenan ante situaciones de conflicto y fases sintomáticas.	Se conservan pero con tendencia al control u por ello son formales, rígidas, con fuertes resonancias afectivas y poco reconocidas (reprimidas).	Posible pero de forma crítica; a menudo implicada, en otros casos, en el juego neurótico de la persona.	Tendencias más o menos marcadas a la idealización romántica y a la inhibición de la sexualidad, con ayuda de la represión.
<b>BORDERLINE</b>	Discontinuas con oscilaciones más o menos marcadas por arriba y por abajo; a veces, en casos bien definidos, continuas en niveles extremos: extraordinarias en inversiones narcisistas o desastrosamente puestas en crisis por la agresividad auto o heterodirigida.	Se conservan pero son muy volubles en relación con los cambios de circunstancias y de los estados de ánimo; se basan en la dependencia, o bien suelen caracterizarse, en otros casos, regularmente por una gran tendencia o capacidad de manipulación.	Rechazo total (desprecio por todas las ideologías) o totalmente abstracta (identificación proyectiva).	Tendencia al desarrollo de relaciones pasionales vividas de forma caótica, con grandes oscilaciones emotivas que a menudo se alternan entre sí; a veces, perversiones basadas en la avidez y la manipulación.
<b>PSICÓTICO</b>	Débiles o ausentes, aunque a veces el historial escolar es bueno ya que el colapso se produce solamente cuando la persona afronta el problema de la separación y de la intimidad.	Siempre muy modestas.	Débil, distanciada, infantil. En general, suele ignorarse (negarse) la idea.	Tendencia a la inhibición completa de la sexualidad o de una sexualidad escindida, es decir, vivida sin sentimientos; a veces, relaciones amorosas vividas en un plano totalmente imaginario.

*Extraído de:*

**“Océano borderline”. L. Cancrini. 2007. Paidós.**

por *Eduardo Martínez González (EVNTF)*