

APUNTES PARA VIVIR AL LÍMITE. DOS TONALIDADES DEL TRASTORNO BORDERLINE

PEDRO DAMIAN CRUZ ROLDÁN

Licenciado en psicología egresado del Colegio Internacional de Educación Superior. Actualmente maestrante en psicoterapia psicoanalítica en el Colegio Internacional de Educación Superior (CiES). Psicólogo clínico en Fundación Origen y experiencia en consulta privada.

Recepción: 26 enero 2026/ Aceptación: 20 junio 2025

RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) o borderline, se caracteriza por inestabilidad emocional, impulsividad, miedo al abandono y dificultades significativas en los vínculos afectivos. Este trabajo distingue entre manifestaciones moderadas y graves del cuadro clínico para identificar dos tonalidades de dicho trastorno, considerando factores como la capacidad de regulación afectiva, la funcionalidad diaria y la presencia de conductas autodestructivas. En niveles moderados predominan cambios de humor, irritabilidad y dificultades relacionales, mientras que los niveles graves incluyen ideación suicida, abuso de sustancias, brotes psicóticos breves y desbordes afectivos intensos.

Se revisan los aportes del apego y la historia temprana desde la teoría psicoanalítica para comprender la organización fronteriza del self y la escisión como defensa predominante. Las conductas autolesivas no suicidas se analizan como mecanismos para regular angustia, y se destaca que el consumo de sustancias agrava notablemente el cuadro al intensificar la desregulación afectiva y aumentar el riesgo de pasaje al acto.

Asimismo, el estudio subraya la importancia del abordaje individualizado y del análisis clínico caso por caso, así como la utilidad clínica de la distinción de lo grave y moderado del trastorno para una comprensión y tratamiento adecuados.

PALABRAS CLAVE: Borderline, Conductas autolesivas, Consumo de sustancias, Desregulación afectiva, Gravedad clínica (moderada y grave), Inestabilidad emocional, Trastorno límite de la personalidad.

SUMMARY

Borderline personality disorder (BPD) is characterized by emotional instability, impulsivity, fear of abandonment, and significant difficulties in forming emotional bonds. This paper distinguishes between moderate and severe manifestations of the clinical picture to identify two levels of this disorder, considering factors such as the capacity for affective regulation, daily functioning, and the presence of self-destructive behaviors. Moderate levels are characterized by mood swings, irritability, and relational difficulties, while severe levels include suicidal ideation, substance abuse, brief psychotic episodes, and intense emotional outbursts.

The contributions of attachment and early history from psychoanalytic theory are reviewed to understand the borderline organization of the self and splitting as the predominant defense mechanism. Non-suicidal self-harm behaviors are analyzed as mechanisms for regulating anxiety, and it is emphasized that substance use significantly worsens the condition by intensifying affective dysregulation and increasing the risk of acting out. Furthermore, the study underscores the importance of an individualized approach and case-by-case clinical analysis, as well as the clinical utility of distinguishing between severe and moderate forms of the disorder for proper understanding and treatment.

KEYWORDS: Borderline, Self-harm, Substance use, Affective dysregulation, Clinical severity (moderate and severe), Emotional instability, Borderline personality disorder

RÉSUMÉ

Le trouble de la personnalité limite (TPL) se caractérise par une instabilité émotionnelle, une impulsivité, une peur de l'abandon et d'importantes difficultés à nouer des liens affectifs. Cet article distingue les manifestations modérées et sévères du tableau clinique afin d'identifier deux niveaux de ce trouble, en tenant compte de facteurs tels

que la capacité de régulation affective, le fonctionnement quotidien et la présence de comportements autodestructeurs. Les niveaux modérés se caractérisent par des sautes d'humeur, de l'irritabilité et des difficultés relationnelles, tandis que les niveaux sévères incluent des idées suicidaires, la toxicomanie, de brefs épisodes psychotiques et des crises émotionnelles intenses.

Les apports de la théorie de l'attachement et des antécédents précoces, issus de la psychanalyse, sont examinés afin de comprendre l'organisation du soi propre au trouble de la personnalité limite et le clivage comme principal mécanisme de défense. Les comportements d'automutilation non suicidaires sont analysés comme des mécanismes de régulation de l'anxiété, et il est souligné que la consommation de substances aggrave significativement le trouble en intensifiant la dysrégulation affective et en augmentant le risque de passage à l'acte. De plus, l'étude souligne l'importance d'une approche individualisée et d'une analyse clinique au cas par cas, ainsi que l'utilité clinique de distinguer les formes sévères et modérées du trouble pour une compréhension et un traitement appropriés.

MOTS-CLÉS: Trouble de la personnalité limite, automutilation, toxicomanie, dysrégulation affective, gravité clinique (modérée et sévère), instabilité émotionnelle.

INTRODUCCIÓN

Si bien el trastorno límite de personalidad (TLP) o borderline, también conocido como estado fronterizo, estructura preesquizofrénica, personalidad fronteriza o esquizofrenia pseudoneurótica, muestra rasgos que se llegan a confundir con otros trastornos como sucede con el trastorno bipolar, hay algunas diferencias notorias que nos dejan saber de qué trata cada trastorno. Entendemos que el trastorno borderline es una afección de salud mental que afecta la manera en que las personas se sienten consigo mismas y con los demás, lo cual dificulta su funcionamiento en la vida cotidiana. Su estabilidad emocional se ve comprometida, por lo que suelen presentarse sentimientos crónicos de vacío, miedo al abandono, impulsividad, déficit de autorregulación emocional y conductas autolesivas, entre otras características [1].

Una distinción clínica fundamental radica en que nos encontramos ante una organización de la personalidad y no propiamente ante una afección del estado del ánimo, aun cuando su manifestación fenoménica más evidente sea una intensa labilidad afectiva. Esta inestabilidad anímica puede irrumpir de manera intempestiva varias veces al día, con oscilaciones que abarcan desde unos pocos minutos u horas, hasta prolongarse por varios días [1].

El trastorno borderline llega a confundirse con los trastornos de ánimo, debido a que comparten rasgos como impulsividad elevada, inestabilidad emocional, ira intensa e inapropiada, intentos de suicidio recurrentes e inestabilidad en relaciones. Sin embargo, las personas con trastorno borderline llegan a ser más propensas a consumir sustancias tóxicas, a manifestar trastornos de alimentación, crisis de pánico y otros síntomas asociados [2].

Los cambios emocionales en trastorno borderline pueden ocurrir en cuestión de horas o días. Su comportamiento impulsivo tiende a ser más frecuente y grave, y las relaciones interpersonales suelen caracterizarse por la inestabilidad y el conflicto [2]. Conviene señalar que estas son características generales; pues la manifestación del trastorno depende de cada persona y de su contexto.

En este trabajo revisaremos los cambios de humor que pueden repercutir en distintas modalidades de impulsividad; ciertas características que pueden derivar en conductas autolesivas no suicidas; la inestabilidad característica de sus relaciones interpersonales; y, aunado a ello, el consumo de sustancias tóxicas. Nos centraremos sólo en algunos aspectos, dado que se trata de un trastorno que permite describir múltiples rasgos y manifestaciones clínicas.

Las personas con trastorno borderline pueden presentar síntomas ya sea moderados o graves. No en todos los casos existe una gravedad claramente manifiesta; a veces los

síntomas se agudizan ante situaciones difíciles o traumáticas. Algunos pacientes son bastante funcionales en términos generales, aunque deban lidiar con conflictos internos y externos significativos. Muchos de ellos logran integrarse a la sociedad, y no sólo eso, logran desempeñar un papel destacado en ella. Tal es el caso de figuras como Amy Winehouse, cantante y compositora británica; Brandon Marshall, ex jugador de la NFL; o Susanna Kaysen, autora de la obra “Inocencia interrumpida”, la cual detalla su experiencia vinculada a este diagnóstico dentro de un hospital psiquiátrico.

Existen diversos referentes del ámbito psicoanalítico que han contribuido de manera directa o indirecta para el desarrollo de la clínica Borderline. Entre ellos se encuentran Otto Kernberg, Melanie Klein, Donald Winnicott, Margaret Mahler, André Green, César y Sara Botella.

Si bien no existe una escala precisa que permita diferenciar un trastorno borderline moderado de uno grave, reflexionaremos sobre ello a lo largo de esta investigación. Pues, en algunos casos la diferenciación es evidente, por ejemplo, cuando el tratamiento va acompañado o no del uso de psicofármacos, o bien cuando los síntomas se acercan más a un cuadro psicótico que a un cuadro neurótico.

Podemos considerar “moderado” y “grave” en un sentido cualitativo, es decir, proponer dos tonalidades de este trastorno, lo pensamos en un continuum que va desde lo no tan grave (manifestaciones menos severas) hasta la patología más severa. En otras palabras, indagaremos en qué medida -moderado o grave- se ve afectada la vida cotidiana de estas personas, sus relaciones y en su estado emocional. El propósito es contribuir a la comprensión del trastorno, ya que en ocasiones el trabajo psicoterapéutico con estos pacientes resulta complejo debido a las confusiones diagnósticas o transferenciales que pueden aparecer. Es necesario mencionar que dichos pacientes suelen ser policonsultantes, polisintomáticos [3].

Como sociedad, también es importante conocer un poco de dicho trastorno. Conviene insistir, en que puede manifestarse con diversas somatizaciones, estados depresivos

difusos, incluso algunos brotes psicóticos que en ocasiones llegan a ser breves, elevada impulsividad y el uso de sustancias tóxicas para calmar la angustia [3].

DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

Debemos considerar un grupo importante de constelaciones psicopatológicas que comparten una forma específica y relativamente estable de patología de la estructura yoica. Esta estructura difiere de la que observamos en las neurosis y en perturbaciones caracterológicas más moderadas, como de la que se presenta en las psicosis [4].

La organización fronteriza de la personalidad, más que un estado fronterizo, es una organización patológica de la personalidad específica y estable, y no un estado transitorio entre neurosis y psicosis [4].

Las personas con trastorno Borderline pueden experimentar una pérdida temporal de la realidad (episodios psicóticos) sólo cuando se encuentran bajo mucho estrés o consumen drogas o alcohol. La buena noticia es que estos episodios suelen ser pasajeros, o bien cuando se hacen abordajes analíticos clásicos, estos pacientes pueden presentar pérdida de la prueba de realidad e incluso desarrollar ideas delirantes que se dan en la transferencia. En tales casos, pueden desarrollar psicosis transferencial, y no una neurosis transferencial [4].

La ansiedad constituye un elemento fundamental en las personas con trastorno borderline, ya que suelen presentar ansiedad flotante, crónica y difusa, que adquiere especial significación cuando se acompaña de una variedad de síntomas o rasgos patológicos del carácter. La ansiedad, de hecho, tiene un carácter más definitorio que los otros síntomas [2].

En ocasiones se presentan síntomas neuróticos, los cuales deben considerarse especialmente cuando aparecen dos o más simultáneamente. Entre ellos encontramos: fobias múltiples, aquellas que causan graves limitaciones en la vida cotidiana. Síntomas obsesivo compulsivos, que se han vuelto sintónicos con el yo, de tal forma

que generan pensamientos y acciones “sobrevaluadas”. Síntomas de conversión elaborados, que en ocasiones llegan a ser crónicos [5]. También pueden presentarse reacciones disociativas, fugas histéricas y amnesia asociada con perturbaciones de la conciencia; además hipocondría, y tendencias paranoias e hipocondriacas [5].

En el plano sexual, varias personas con trastorno borderline pueden mostrar tendencias perversas o una sexualidad caótica, expresada en promiscuidad heterosexual u homosexual con elementos sádicos o exhibicionistas. Desde luego todo dependerá de cada persona, algunos otros suelen mostrar inhibición en la conducta sexual, aunque con tendencias masturbatorias donde intervienen múltiples tendencias perversas. Siendo así que mientras más caóticas y múltiples son las fantasías y los actos perversos, y cuanto mayor sea la inestabilidad emocional, mayor será la sospecha de una forma más grave del trastorno borderline que padece la persona [5].

Sabemos que existen diversas clasificaciones del TLP que llegan a ser universales, como las que encontramos en el DSM, donde el cuadro se concibe desde la mirada de un déficit, es decir, se entiende que el sujeto no tiene solidez neurótica, su yo no es suficientemente fuerte. El mismo Bergeret menciona que, se concibe al borderline desde la carencia [3].

Desde la perspectiva psicoanalítica, el TLP ha representado una dificultad diagnóstica debido a la ausencia de una estructura neurótica reconocible en sentido estricto. Esto no quiere decir que el paciente no transite por momentos o síntomas neuróticos, ni que exista pérdida estable de la realidad, pero es evidente que sigue habiendo un dolor y sufrimiento [3].

CAMBIOS DE HUMOR

Los cambios de humor son una característica central y definitoria de las personas con trastorno borderline. La inestabilidad emocional es un rasgo fundamental y se caracteriza por cambios bruscos y extremos en el estado de ánimo, reacciones

emocionales intensas y desproporcionadas, dificultad para regular las emociones y una sensibilidad emocional exacerbada [1].

Estos cambios pueden ser desencadenados por eventos externos o internos, tales como conflictos interpersonales, estrés laboral o académico, problemas financieros o recuerdos traumáticos [4].

Los cambios de humor pueden manifestarse de diversas maneras, entre las cuales destacan:

1. Irritabilidad y enfado repentino, que puede llevar a conflictos con los demás. Estos episodios pueden considerarse como síntomas moderados, pues por lo regular no hay un desborde hacia lo psicótico, ni acciones que lleguen a ser lacerantes.
2. Ansiedad y pánico, que puede interferir con la capacidad para funcionar en la vida diaria. También pueden considerarse moderados, puesto que estos síntomas se observan con frecuencia en la neurosis sin necesidad de llegar a un desborde o brote psicótico.
3. Tristeza y desesperanza, que puede llevar a pensamientos suicidas. Aquí situamos el fenómeno en un nivel grave, ya que la presencia de pensamientos suicidas aumenta el riesgo de un pasaje al acto o de conductas que atenten contra la propia vida en diferentes aspectos.
4. Euforia y excitación, que puede llevar a comportamientos impulsivos y riesgosos. En su forma grave, estos episodios pueden poner en riesgo la vida propia o la de alguien más, pues la sensación de energía excesiva u omnipotencia puede detonar acciones impulsivas sin consideración de las consecuencias.
5. Oscilación entre la idealización y la desvalorización de sí mismos y los demás. Este rasgo puede ubicarse también dentro lo grave, dado que involucra al mecanismo de la escisión. El paciente borderline no integra las cualidades positivas y negativas de un objeto, dicha escisión, combinada con los puntos anteriores, puede llevar a conductas lacerantes hacia el objeto o en dado caso, hacia sí mismo [2].

En algunos casos, personas con trastorno borderline que se encuentran bajo tratamiento psicoterapéutico, pueden utilizar la ansiedad como una forma de resistencia, es decir, utilizan la ansiedad como un mecanismo de defensa. Esta ansiedad (flotante y constante) debe ser excluida de la categoría de ansiedad típica [4]. Los cambios de humor pueden ser tan intensos que interfieren con la capacidad de la persona para mantener relaciones saludables y estables, tomar decisiones racionales y reflexivas, funcionar adecuadamente en su vida diaria, incluyendo el desempeño en el trabajo o la escuela, y manejar el estrés y la ansiedad [6]. De tal forma que podamos situarlos dentro de un nivel moderado, ya que, si bien muestran algunos factores de riesgo importantes, no siempre detonan de manera extrema.

Asimismo, los cambios de humor en el borderline pueden estar relacionados con otros síntomas, como, comportamientos impulsivos y autodestructivos, abuso de sustancias, problemas de salud mental concurrentes, como depresión o trastorno de ansiedad [6]. Por ello, al considerar el riesgo que implican estas conductas añadidas, pueden situarse también dentro de lo grave, en tanto intensifican las conductas donde se ubica el riesgo. Es importante destacar que los cambios de humor no corresponden a simples fluctuaciones emocionales “normales”, sino que son síntomas de un trastorno subyacente que altera profundamente la autorregulación afectiva.

CONDUCTAS AUTOLESIVAS, NO SUICIDAS

A menudo, las personas con trastorno borderline llevan a cabo actos de autolesión que, en muchos casos, no tienen intenciones suicidas. Estas conductas funcionan como herramientas para aliviar sentimientos o estados cognitivos negativos, es decir, intentan conseguir un estado emocional más tolerable. Aunque puede resultar complejo comprender el ¿por qué? de estas acciones, es sabido que es un mecanismo que llegan a utilizar para bajar sus niveles de angustia, su ira, o aflicciones generalizadas [5].

Las conductas autolesivas, con o sin intención suicida, llegan a ser lesiones directas, intencionadas y socialmente inaceptables. No se trata de un acto histriónico; más bien,

es un acto mediante el cual las personas con trastorno borderline intentan regular o estabilizar su estado emocional, es por ello, que en muchos casos no llegan al acto suicida, aunque dependiendo del grado de organización fronteriza podría darse un pasaje al acto, es decir, el acto suicida. Si no hay una intención suicida propiamente dicha y el objetivo es reducir la angustia, se identifican rasgos más cercanos a la sintomatología neurótica (histérica) que, a la psicótica. Sin embargo, con base al criterio que estamos utilizando en esta investigación, podemos ubicar estas conductas dentro de lo grave, debido a la magnitud del daño corporal que implican las lesiones, independientemente del juicio moral.

Este tipo de conductas llegan a ser bastante complejas por varias razones, en tanto puede verse afectada la vida social, lo laboral o lo académico, y es que la energía y tiempo que se dedica a este tipo de actos desatiende o afecta las actividades de la vida cotidiana, provocando muchas veces una conducta de autosabotaje, excesiva autocritica, baja autoestima o síntomas depresivos [6].

El DSM-5 incluye el término autolesión no suicida, en la categoría de “Afecciones que necesitan más estudio” (803) [7]. La intención detrás de esta clasificación parece referirse a lesiones cuyo propósito es únicamente provocar daño físico, esto puede inferirse porque quizá el mismo individuo sabe, que estas acciones no lo llevarán a la muerte.

Las formas de autolesión pueden manifestarse en quemaduras, golpes, skin carving¹, inserción de objetos subdérmicos o automutilaciones. Aquí es necesario aclarar que no se incluyen los tatuajes, perforaciones corporales, ni conductas como morderse las uñas o retirar postillas, dado que estas cuentan con una validación social, cultural o religiosa, o bien, no representan una conducta autolesiva en sentido clínico [6].

Estas situaciones no ocurren exclusivamente en brotes psicóticos, delirios, intoxicación por sustancias o abstinencia de las mismas. Bajo el criterio que estamos usando en

¹ Se define como la modificación corporal que implica el tallado, raspado, quemado o marcado en la piel para crear diseños o imágenes. [<https://www.medicalnewstoday.com/articles/scarification>]

esta investigación, el hecho de que no veamos reflejados elementos psicóticos, no implica que la conducta no sea grave, ya que lacerarse tratando de mostrar que “en el cuerpo duele menos, que lo que está afuera”, no es más que un acto para intentar reducir el sufrimiento psíquico, dejando abierta la pregunta: ¿Por qué tiene que llegar al cuerpo, lo que parece psíquico? En fin, es necesario comprender estas conductas como ya se mencionó: mecanismos que utilizan para regular estados intolerables.

Es así que, es notorio la gravedad de las conductas autolesivas, ya que su potencial destructivo expone a las personas con trastorno borderline a situaciones de riesgo, en un intento de poder mitigar sentimientos y angustias. Con frecuencia las autolesiones generan conflictos en los vínculos, por lo que, desde un mandato superyoico, siempre se tratará de ocultar esta situación, perpetuando su persistencia y dificultad para ser abordadas terapéuticamente.

INESTABILIDAD EN RELACIONES

Es notable la inestabilidad en las relaciones de las personas con trastorno borderline, ya sean familiares, personales, laborales o sociales. Para comprender dicha inestabilidad es necesario explorar la infancia de estas personas. Y es que el niño en su desarrollo, requiere como elemento esencial la permanencia y continuidad de la relación amorosa entre él, su madre y demás miembros significativos de su entorno [6]. Eso es esencial no solo para el desarrollo emocional, sino también para el desarrollo fisiológico del niño, de su cuerpo, sus capacidades sensoriales, y para la conformación de una consciencia individual y social. Los vínculos afectivos en la infancia constituyen una de las fuentes principales de la que parte la nutrición emocional y, con base en ellos, se crean diferentes estilos de apego que influyen en el individuo en desarrollo y en su estilo relacional en el futuro [2].

Una persona con trastorno borderline ha tenido su propio ambiente de crianza y ha conformado sus estilos de apego particulares. Desde este lugar -apego seguro o inseguro- puede entenderse algunas de las características funcionales y relacionales de estas personas, de ahí que situamos el apego como foco de nuestra atención.

Si bien desde el desarrollo temprano se definen modalidades de vinculación primarias, catalogar la subjetividad sin un análisis de la estructura psíquica profunda sería inapropiado. Algunas personas muestran una necesidad intensa de cercanía, temor a ser abandonadas, inseguridad y escasa autonomía. Sus recuerdos del pasado suelen incluir experiencias de rechazo, interferencia parental y reflejan resentimiento ante sus figuras primarias. Algunas otras se muestran incapaces de mantener una investidura vincular coherente. Tienden a ser conflictivas, inciertas, complicadas, impulsivas y con dificultades para afrontar las vicisitudes del vivir de manera efectiva. Suelen quedar posicionadas en situaciones de maltrato y vulnerabilidad ante el otro. Las personas con un funcionamiento fronterizo tienden a construirse con base en identidades macizas y narrativas rígidas [8].

Mahler en 1975 [8] describe la llamada 'crisis de reaceramiento', que ocurre aproximadamente entre los quince y dieciocho meses. La tarea evolutiva que el niño encuentra en esta fase está ligada a la integración de las representaciones buenas y malas sobre el sí mismo y el objeto. Las dificultades en este proceso no determinan necesariamente un desarrollo patológico, pero es en esta etapa cuando el niño aprende a funcionar a un nivel borderline. Una mayoría de estas personas dijeron haberse quedado 'estancadas' en experiencias vividas en la infancia, señalando que en algunas familias se vivía bajo una aparente normalidad 'de puertas para fuera', pero en realidad no se permitía la expresión de las vivencias de sus miembros [8].

A la luz de las aportaciones de Piera Aulagnier, este tipo de censura en el entorno familiar temprano sabotea la función primordial del proceso originario. Al prohibirse la libre expresión del sentir del niño, el afecto queda desvinculado de la palabra, lo que altera directamente la inscripción del pictograma como trasfondo representativo de la sensorialidad [9]. Al no poder metabolizar estas experiencias sensorio-afectivas a través de un canal simbólico, el psiquismo queda expuesto a tensiones intolerables y sensaciones corporales angustiosas, obligando al sujeto a defenderse mediante la rigidez defensiva y las identidades macizas que caracterizan la clínica fronteriza [9].

En las relaciones, las personas con trastorno borderline pueden idealizar y desvalorizar a su pareja, mostrando dependencia emocional y conflictos frecuentes debido al temor al abandono. Los comportamientos comunes incluyen celos excesivos, posesividad y reacciones intensas, con dificultad para establecer límites saludables. Para manejar estas relaciones, es importante establecer límites claros, mantener comunicación abierta, buscar apoyo emocional y fomentar autoconocimiento y autoestima. La terapia individual y de pareja puede ser beneficiosa [8].

Los seres queridos pueden enfrentar desafíos como la dificultad para entender y manejar cambios emocionales, sentimientos de culpa y responsabilidad, así como estrés y agotamiento emocional. Es crucial buscar ayuda profesional para navegar estas situaciones.

Una de las principales fallas estructurales en las configuraciones de funcionamiento fronterizo (borderline) radica en la fragilidad de sus ligaduras, manifestada en una constante tendencia al ataque a los vínculos. Desde la clínica analítica, observamos que cuando la investidura es de corte amoroso, esta se despliega con una intensidad voraz y específica; en contraparte, cuando emerge la pulsión destructiva u hostil, el afecto se encamina radicalmente a la ruptura del lazo. De este modo, la severidad del cuadro clínico puede calibrarse a partir del destino de estos impactos: el posicionamiento subjetivo muestra una mayor flexibilidad si la crisis vincular no desestructura el lazo social del sujeto; por el contrario, el compromiso clínico se torna severo cuando el Yo, ante la emergencia de un afecto intolerable, recurre a la escisión masiva de una parte de su self y la proyecta en el objeto externo (familiares, pareja, analista). Este movimiento responde a lo teorizado por Melanie Klein sobre los mecanismos tempranos de la posición esquizoparanoide, donde el Yo 'escupe' sus partes hostiles en el otro, tiñendo al objeto de un tinte persecutorio [10]; una dinámica defensiva que, como sistematiza Otto Kernberg, al no poder ser contenida psíquicamente por la debilidad del Yo, termina desbordando la realidad cotidiana del sujeto a través de actuaciones impulsivas (acting out) y conflictos vinculares severos [11].

Kernberg en 1995 [12] menciona que es poco discutible la asociación estrecha entre la sexualidad y el amor. Influyen ciertos factores psicosociales en el mantenimiento de las relaciones, tales como la identidad genérica nuclear, identidad rol genérico, la elección del objeto, o la intensidad sexual, que suele asociarse con el dominio de la fantasía sexual [12]. La excitación sexual ocupa un lugar particular en los afectos y puede intensificar la inestabilidad relacional, pero el género no determina la gravedad del trastorno borderline; es decir, no es más grave por ser hombre o mujer. No obstante, sí puede modular la forma en que se expresa la inestabilidad relacional, debido a factores psicosociales, culturales y subjetivos.

CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

Las personas con trastorno borderline se caracterizan por inestabilidad emocional, impulsividad y miedo al abandono, lo que puede llevar a consumir sustancias para aliviar la ansiedad y estrés, o recuperar una sensación momentánea de control. Sin embargo, el consumo no sólo no resuelve estos estados, sino que exacerba los síntomas de dicho trastorno, aumenta la impulsividad y dificulta el tratamiento [13].

El consumo de sustancias en personas borderline suele funcionar como un intento de manejar emociones intolerables, evitar sentimientos de vacío o aumentar artificialmente la confianza. Por eso, es crucial abordar ambos problemas simultáneamente para una recuperación efectiva [13].

Por lo general, las personas con este trastorno prefieren consumir drogas depresoras del sistema nervioso central (opiáceos o alcohol), ya que buscan un modo de regular su estado de ánimo, es decir, usan la droga con una finalidad ansiolítica. Con frecuencia evitan las sustancias estimulantes ante la imperiosa necesidad de reducir sus altos índices de estrés y la elevada ansiedad basal que padecen como causa de sus permanentes desequilibrios serotoninérgicos [13].

Debido a que estos pacientes presentan una impulsividad elevada y una búsqueda constante de estímulos novedosos y placenteros, su primera experiencia en el consumo de drogas es muy precoz [13].

Otros factores que incrementan el cuadro adictivo es estar sometido a circunstancias adversas en lo cotidiano (fracaso escolar, frustraciones afectivas, bullying, o competencia desmedida). También puede ser impulsado por el grupo de pares con quienes se identifica, o buscar llenar un vacío existencial (aislamiento social o falta de objetivos). De este modo, más que un perfil de adicto, hay que hablar de una persona propensa a sufrir adicciones de cualquier tipo [13].

En todo caso, el consumo independientemente del tipo de sustancia, puede: exacerbar la gravedad del trastorno, es decir, aumentar la inestabilidad emocional, la impulsividad, el riesgo de comportamientos autodestructivos (conductas autolesivas y pasajes al acto), así como deteriorar el juicio y la capacidad de regulación afectiva e interferir con la constancia en el tratamiento y la recuperación. De este modo, el uso de sustancias no es un elemento accesorio dentro del cuadro borderline, es un potente agravante clínico capaz de intensificar la gravedad de dicho trastorno, de ahí que el abordaje terapéutico debe ser integral, simultáneo y orientado tanto a la estabilización emocional como al tratamiento de la adicción.

LA CLÍNICA PARA DISTINGUIR LO MODERADO O GRAVE DEL TRASTORNO BORDERLINE

Hablar de la gravedad de las personas borderline es un punto central para su comprensión clínica, ya que la expresión sintomática puede variar significativamente de una persona a otra. Aunque no hay una clasificación oficial que delimite la gravedad, los profesionales de la salud mental suelen utilizar dos rangos generales: moderado y grave. Esta distinción es útil, no como diagnóstico estructural, sino como guía para comprender el nivel de desorganización psíquica, la capacidad de regulación afectiva y el grado de interferencia en la vida cotidiana.

En el nivel moderado, los síntomas se manifiestan de forma frecuente y persistente, afectando varias áreas de la vida, pero sin llegar a comprometer de manera severa la realidad psíquica ni la funcionalidad. Las personas borderline con síntomas moderados pueden experimentar:

- Cambios de humor frecuentes y de cierta severidad
- Irritabilidad crónica
- Dificultades para mantener empleo o relaciones
- Problemas de salud mental concurrentes, como depresión o ansiedad
- Cierta impulsividad que no llega a constituir riesgo vital inmediato

En estos casos, las personas requieren tratamiento, y apoyo recurrente para manejar sus síntomas, pudiendo mantener una funcionalidad relativamente estable con acompañamiento adecuado.

En el nivel grave, los síntomas se presentan de manera intensa, persistente y disruptiva, llegando a dominar la vida diaria. Las personas en estado grave pueden experimentar:

- Episodios de rabia intensa
- Ideación suicida persistente o recurrente
- Comportamientos autodestructivos graves, incluyendo el abuso de sustancias
- Incapacidad para funcionar adecuadamente en ámbitos laborales, escolares o sociales
- Brotes psicóticos breves
- Desbordamiento afectivo, sentimiento profundo de fracaso o vacío patológico.

En este nivel, las personas requieren tratamiento intensivo y apoyo especializado, con monitoreo cercano para manejar sus síntomas y prevenir daños hacia sí mismos o hacia otros.

Es importante tener en cuenta que la gravedad de las personas borderline puede variar con el tiempo y que la evaluación debe ser realizada por un profesional de la salud

mental. El tratamiento debe ser adaptado a la gravedad y necesidades individuales de cada persona.

Además, es crucial considerar ciertos factores al evaluar la gravedad, o sea que al momento de valorar si un cuadro se encuentra en un nivel moderado o grave, es crucial considerar aspectos como:

- Historia de trauma o abuso temprano
- Presencia de problemas de salud mental concurrentes
- Nivel de funcionamiento en la vida diaria y grado de autonomía
- Capacidad para establecer y mantener relaciones saludables
- Frecuencia e intensidad de los desbordes afectivos
- Riesgo de conductas autolesivas o pasaje al acto

Estos factores, más que las etiquetas diagnósticas rígidas, permiten comprender la profundidad del sufrimiento psíquico y orientar el plan terapéutico.

Ahora bien, en cuanto al pronóstico y los aportes psicoanalíticos, existe cada vez más evidencia científica que indica un pronóstico a largo plazo más favorable de lo esperado para estos sujetos, distanciándonos de las clasificaciones estáticas y descriptivas de la psiquiatría tradicional [1].

En las últimas décadas se ha investigado exhaustivamente sobre estos cuadros desde el plano analítico; aquí, la perspectiva de André Green en *Locuras privadas* resulta fundamental para superar la simple reducción sintomática. Green propone concebir el funcionamiento fronterizo no como una estructura inamovible, sino como una 'frontera móvil y fluctuante', una auténtica 'tierra de nadie' cuyos límites vagos operan en una constante tensión entre el cuerpo y el alma. Apoyándose en los desarrollos freudianos sobre el origen de la investidura libidinal y el nacimiento del objeto erótico primario, Green plantea que en estos pacientes se presenta una falla en la transición del principio de placer al de realidad, interrumpiendo la ilusión de una transformación mutativa y dificultando la instauración del símbolo de la negación que permitiría la

independencia del Yo. Al fracasar este proceso conjuntivo, el psiquismo recurre a un mecanismo disyuntivo que segrega los elementos defensivos y deja al sujeto expuesto a tensiones intolerables que suelen reconducirse hacia la actuación o el soma. Estas aportaciones enriquecen significativamente la comprensión de las fallas tempranas en la organización del self, permitiendo abordajes terapéuticos más sensibles y eficientes. Es así que, mediante intervenciones clínicas orientadas a restablecer los procesos de simbolización y la comunicación entre los elementos segregados, se promueve activamente la autonomía, demostrando que muchas personas logran una vida funcional y una notable mejoría en su regulación afectiva. [14]

CONCLUSIONES

Para finalizar, cabe puntualizar que la situación de cada persona que padece trastorno borderline, siempre debe analizarse bajo el lente del caso por caso, o sea desde las características individuales, si bien, encontramos características generales que orientan la comprensión clínica, no podemos reducir el análisis únicamente a ellas. Aun cuando existan comportamientos similares, cada persona tiene su propia historia única y singular, marcada por experiencias relacionales tempranas, vínculos significativos, traumas, modos de defensa y contextos distintos.

Aunado a ello, el tratamiento terapéutico es variable según las necesidades particulares del paciente, y, cuando corresponda el uso de la medicación, esto será parte importante en la estabilización afectiva y en el acompañamiento terapéutico.

Asimismo, queremos resaltar como síntoma grave que la persona experimente episodios psicóticos pasajeros, especialmente cuando se encuentran en situaciones de tensión fuerte o bajo el consumo de sustancias, pues estos episodios son un indicador de una falla temporal en la capacidad de mantener la prueba de realidad.

No debemos olvidar la importancia de analizar los comportamientos del paciente teniendo en cuenta todas las afecciones que se pueden presentar a lo largo de su vida, así como los diferentes vínculos que establece y la forma particular en que se relaciona con cada uno de ellos.

BIBLIOGRAFIA

- [1] COSENTINO, S., ARIAS, E., PÉREZ, C. (2017). El trastorno límite de la personalidad en psicoanálisis: La evolución teórica de los orígenes a la mentalización. Temas de psicoanálisis. (14) 1-28.
- [2] ABARCA, M. (2022). Relación entre los síntomas del trastorno límite de la personalidad y el apego en el grupo femenino TLP Borderline 2021 (Tesis de pregrado). Universidad Continental, Arequipa, Perú.
- [3] ÁLVAREZ, M., GÓMEZ, L. (2022), Sujetos en estado límite. Seminario Internacional de psicopatología y psicoanálisis. Barcelona: Xoroi Edicions.
- [4] KERNBERG, O. (1979) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós.
- [5] CORCHERO, M., BÁLES, C., OLIVA, C., PUIG. (2012) Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad Diagnosis, development and treatment of an adolescent with borderline personality disorder. A propósito de un caso, cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace 103, 55-64.
- [6] IGLESIAS, I. (2024). Abordaje psicológico de las conductas autolesivas no suicidas en el trastorno límite de la personalidad: una revisión de la literatura (Tesis pregrado). Universidad Oviedo, Oviedo, España.
- [7] American Psychological Association. (2014). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association. (5ª ed). CDMX: Manual Moderno.
- [8] PRADES, I., ROMERO, M. (2015) Tras las huellas borderline: rastreando el apego de personas con trastorno límite de personalidad. Looking for signs of borderline disorder: tracking attachment in people with borderline personality. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
- [9] AULIGNIER, P. (1977), La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Buenos Aires: Amorrortu.
- [10] KLEIN, M. (1946) Envidia y gratitud y otros trabajos, Paidós Buenos Aires
- [11] KERNBERG, O. (1975)Desórdenes fronterizos y narcisismo de la personalidad. México: Paidós.

- [12] KERNBERG, O. (2009) Relaciones amorosas: normalidad y patología. Buenos Aires: Paidós.
- [13] SAEZ, M. (2009) Adicción a drogas y trastorno límite de la personalidad, el diagnóstico preciso puede mejorar la acción terapéutica (Tesis para acceder a maestría). Universidad del Salvador, Argentina.
- [14] GREEN, A. (1990), De locuras privadas. Buenos Aires: Amorrortu.