

# **Funcionamiento Borderline en la Adolescencia. Presentación de un Caso Clínico desde una Perspectiva Relacional**

---

## **Borderline Personality Disorder in Adolescence. A Case Report**

Ainara Frade Ciudad

Psicóloga Interno Residente Hospital Universitario de Móstoles, España

**Resumen.** Se presenta el caso clínico de una adolescente de 15 años de edad, que acude a Salud Mental en 2010 con inestabilidad y desbordamiento emocional, conductas autoagresivas, aislamiento social y consumo de cannabis ocasional. Los síntomas surgen en el contexto de problemas familiares y tras la separación de sus padres. Se plantea este caso por la importancia que tiene la reconstrucción de la historia de la paciente, así como la historia de la familia, para ir construyendo hipótesis sobre el caso desde una visión relacional. Se trata de una familia en la que se ha ido transmitiendo a través de las generaciones la violencia física y psicológica como una estrategia en la resolución de conflictos y donde las vivencias de abandono y de desprotección se repiten, generándose un gran sufrimiento familiar. Tras la presentación del caso clínico y la construcción de hipótesis sobre el caso, se expone una reflexión sobre el funcionamiento borderline de la personalidad en la adolescencia, y las posibilidades de reparación a lo largo del proceso terapéutico.

*Palabras clave:* sufrimiento familiar, funcionamiento borderline, reparación, triangulación, enfoque relacional.

**Abstract.** We report the case of a 15-year-old girl, who attended to a Mental Health Center in 2010 with emotional instability and overflow, self-injurious behavior, social isolation and occasional cannabis consumption. Symptoms arise in the context of family problems and parents' separation. The need to report this case is due to the importance of rebuilding the patient's clinical history as well as the family history, in order to establish hypotheses from a relational perspective. The patient is part of a family in which both physical and psychological violence have been passed through generations as a strategy of conflict resolution, where the experiences of abandonment and vulnerability are repeated, thus generating a large family suffering. Therefore, after presenting and constructing hypotheses on this case, follows a reflection on the borderline personality in adolescence, and the possibilities of recovery throughout the therapeutic process.

*Keywords:* family suffering, borderline personality, recovery, triangulation, relational perspective.

## Motivo de consulta

La paciente, a quién llamaré a partir de ahora Sara para preservar su intimidad, acude a Salud Mental en Junio del 2010 a petición de los Servicios Sociales y de la orientadora del Instituto donde acude, debido al aislamiento de la paciente, a las dificultades interpersonales en el Instituto, (conflictos con los compañeros y profesores) y fracaso escolar. Sara, durante la evaluación clínica verbaliza sentimientos de rabia, impotencia en relación a conflictos familiares, presenta labilidad emocional, problemas con iguales, cambios de humor frecuentes, tendencia al desbordamiento emocional y al descontrol de impulsos, vivencias depresivas, reacción autolesiva en situaciones de alta activación emocional, y consumo de cannabis ocasional.

## Antecedentes personales

El embarazo de la madre de Sara no fue buscado aunque sí deseado. Le recomendaron que interrumpiera voluntariamente el embarazo por amenaza de espina bífida, pero ella decidió seguir adelante con el embarazo, que fue vivido con mucha angustia. Tuvo que llevar un tratamiento con ansiolíticos, que se prolongó después del parto, siendo diagnosticada de depresión post-parto. Los meses de gestación estuvieron marcados por conflictos con el padre de Sara, discusiones continuas y malos tratos que se prolongaron después de nacer la niña.

El parto fue inducido a las treinta y ocho semanas, y Sara nació baja de peso: dos kgs. Pero su desarrollo psicomotor y verbal fueron normales, no detectándose ningún retraso psicoevolutivo significativo.

Cuando Sara tenía seis años su madre consulta por primera vez en Salud Mental, ya que presentaba problemas de alimentación debido a que tenía miedo a atragantarse, así como síntomas de hiperactividad. La aparición de estos trastornos coincide con la separación de sus padres en un contexto de violencia familiar. Abandonaron el tratamiento.

Cuando Sara tiene diez años demanda nuevamente atención en Salud Mental por recomendación del colegio donde tiene problemas de conducta con los profesores y con sus compañeros. En casa, según refiere la madre, se muestra agresiva con ella, y tiene alteraciones en la conducta alimentaria, de tipo purgativo. En las entrevista que se llevan a cabo con ella, Sara verbaliza que la pareja de su padre la insulta, y expresa sentirse “en medio” del conflicto entre sus padres, que la utilizan como excusa para perpetuar las discusiones. Se repiten episodios de violencia entre ellos y con la nueva pareja del padre.

Tras una agresión entre ambos progenitores, ambos se denuncian (2006), y Sara permanece en una Casa de Acogida durante unas semanas; finalmente, vuelve a casa con su madre y se establece un punto de encuentro para las visitas.

Tras la estabilización de la situación familiar, y la mejora de los síntomas, en el año 2007 recibe el alta de Salud Mental y continúa el seguimiento por parte de Servicios Sociales desde entonces.

En Junio del 2010 vuelve a consultar en Salud Mental presentando la sintomatología inicialmente descrita (motivo de consulta) y continúa el trabajo psicoterapéutico hasta la actualidad.

## Estructura y reconstrucción de la historia familiar

Familia Materna (los nombres han sido modificados para preservar la intimidad de la paciente y su familia):

Carmen, madre de la paciente, tiene cincuenta y dos años y trabaja como limpiadora. Es la segunda de seis hermanos. Se casa con dieciseis años embarazada de su primer marido, Javier, que tenía entonces diecinueve años. Carmen cuenta que desde el principio de la relación, él la maltrataba física y psicológicamente. Tenía problemas de alcoholismo y problemas con las drogas (que ella descubre años más tarde). Javier, era portador de VIH y fallece a los 36 años.

La relación con él fue muy conflictiva, eran frecuentes las palizas y las discusiones continuas. Tuvieron dos hijos: Javier, treinta y cinco años, actualmente casado y sin hijos, y Blanca treinta y tres años, separada del padre de su hija de ocho meses. Carmen refiere que nunca se separó de él, ni pidió ayuda a sus padres porque se sentía culpable al haber salido de su casa embarazada y “huyendo” de la relación con su madre, que la maltrató durante su infancia y adolescencia.

Blanca acaba contando años después que su padre abusó sexualmente de ella durante la infancia; Carmen vive esto con un gran sentimiento de culpabilidad por no haber podido proteger a su hija y no haber podido “ver” lo que estaba pasando.

El abuelo materno de Sara falleció a los setenta y seis años de un cáncer de lengua (2003). Trabajó durante años en una empresa familiar en Andalucía. Según Carmen era “buen padre, buen marido y manipulado por mi madre”, “mi padre se sometía a mi madre, era una víctima, mi madre le odiaba”.

La abuela materna de Sara tiene ochenta y seis años. Carmen dice de su madre que era “violenta, crítica y muy agresiva”. Tenía muchos problemas con su familia de origen, hizo varios intentos autolíticos y Carmen refiere que era una mujer muy “histérica”, que les agredió a ella y a sus hermanos durante la infancia y la adolescencia. El padre se mantenía impasible ante las agresiones, descalificaciones y humillaciones continuas por parte de la madre hacia sus hijos; sin embargo, la madre de Sara idealiza la figura de su padre al que define como la “víctima” y a su madre la ve cómo la “agresora/la mala”.

El mayor de los hermanos de Carmen fallece a los pocos meses de nacer, al igual que ocurre con otros dos de sus hermanos, el tercero y el quinto, sin que se conozcan. El cuarto de sus hermanos, Francisco, fallece con veintinueve años en un accidente de tráfico; estaba casado y tenía dos hijos. Carmen refiere que con Francisco y su mujer tuvieron muchos problemas familiares, ya que durante unos años trabajaron en la empresa familiar de su padre, junto con su primer marido, Javier, y cuenta cómo entre los tres arruinaron a su padre.

El sexto de los hermanos se llama Manuel. Con él mantiene contacto y una relación cordial. Está casado y tiene una hija de catorce años, única prima con la que Sara mantiene relación.

Carmen, a los treinta y cuatro años vuelve a casarse con el que será el padre de la paciente, Miguel. Se casan en 1994 y dos años después nace Sara. Acaban separándose en 2003 y obtienen el divorcio en 2006.

La relación entre los padres de Sara ha sido muy conflictiva desde el comienzo; Miguel maltrataba físicamente a Carmen y los conflictos entre ellos eran diarios. Sara crece en este contexto de violencia y de desprotección por parte de ambos padres.

Tras la separación de sus padres, cuando Sara tenía 9 años, empezó a presentar síntomas y comienzan las consultas en Salud Mental. En las intervenciones de los profesionales se observa que la paciente permanece triangulada en el conflicto de pareja de sus padres y cómo intenta proteger a su madre de las agresiones del padre, asumiendo un rol no adecuado a su edad, creciendo en un entorno de violencia dónde sus necesidades emocionales no son atendidas y estando ella en una situación de desprotección.

Carmen, durante los años que dura el proceso de separación, permanece centrada en su protesta contra todos los hombres a los que define como “violentos y agresivos”, definiéndose a sí misma cómo la “víctima” e indefensa, y mantiene cómo única estrategia de defensa la agresión, pauta relacional que Sara repite con iguales y con adultos.

Miguel inicia al poco tiempo de la separación una relación sentimental con una amiga de Carmen, con la que convive actualmente y con la que tiene un hijo de dos años. La pareja de Miguel (Marta), está divorciada y tiene dos hijos de su anterior matrimonio, que conviven con la pareja.

Las discusiones entre la pareja de Miguel y Carmen eran frecuentes durante las visitas de Sara al padre, e incluso llegan a agredirse físicamente. Sara cuenta cómo Marta la insultaba continuamente, y animaba al padre a ponerle castigos desproporcionados si se portaba mal mientras estaba viviendo con ellos (pasaba con ellos los fines de semana alternos). También refiere cómo su padre la agredía, la descalificaba y le hablaba de los conflictos que tenía con su madre y cómo ella lo ocultaba para no “provocar” más conflictos entre sus padres. Intentaba proteger a ambos, ocultando que estaba siendo maltratada ya que se sentía culpable por las posibles consecuencias de una y otra parte si revelaba lo que estaba sucediendo.

En este contexto de violencia y de desprotección, Sara comienza hacer explícito, a través de los síntomas, la necesidad de ser escuchada, protegida, cuidada y comienza a reclamar su posición de “niña” dentro del sistema familiar y escolar, ya que no puede obtener la atención emocional que necesita para exponer su angustia y sufrimiento. Los padres, debido a sus propias dificultades y sufrimiento, no pueden comprender lo que Sara intenta decirles y los síntomas acaban siendo un motivo más de disputa entre ambos padres, que se echan en cara mutuamente lo que le está pasando a su hija, aumentando con ello la escalada sintomática de Sara y sus vivencias de abandono/culpabilidad.

Actualmente la relación con su padre es muy escasa y solo se ven ocasionalmente. En el periodo de la intervención que exponemos no disponemos de información sobre la familia paterna, acerca de la que Sara se muestra reticente a hablar.

### Hipótesis de trabajo e intervención psicoterapéutica

Como comentaba anteriormente, Sara crece en un entorno caótico, imprevisible, amenazante, donde experimenta continuamente vivencias de abandono. Carece de figuras de apego seguro debido a que los padres están más pendientes de resolver su conflicto de pareja, y donde la violencia se ha convertido en la única estrategia de “resolución” de conflictos; Sara se convierte en el chivo expiatorio “responsable” de las peleas entre los padres y permanece triangulada en el conflicto.

Sara refiere que se había sentido culpable desde niña por las discusiones que tenían sus padres, ya que ella era generalmente el motivo de disputa, según le decían, y sobre todo después de la separación. Refiere haber visto a su madre como la víctima de la relación, desprotegida e indefensa ante el maltrato del padre (la “buena”) y a su padre como el agresor y el violento (el “malo”), sintiendo que ella era la responsable de proteger a su madre con la consiguiente inversión de la jerarquía de roles que ello suponía.

Durante las entrevistas con la paciente, ésta verbaliza que su madre también la agredía físicamente cuando se portaba mal, pero la justifica debido a que “la pobre estaba de los nervios y todas las mujeres de mi familia somos muy histéricas y en ocasiones nos descontrolamos”.

Las únicas experiencias de cuidados, afecto y protección que recibe Sara por parte de sus padres, es desde la enfermedad física generalmente, incluso ella llega a verbalizar que “voy a tener que ponerme enferma para que mi madre me de cariño”. El problema es que Sara ha aprendido que desde la enfermedad y el desafío, creando preocupación, consigue obtener cuidados y atención por parte de su madre, de quién ella reclama la atención principalmente.

En este contexto tan desfavorable, Sara comienza a hacer manifestaciones de su sufrimiento a través de conductas sintomáticas, que los adultos no atienden por sus propias dificultades, aunque finalmente la madre puede “escuchar” el mensaje de su hija y se inicia un trabajo psicoterapéutico con ambas.

Durante las entrevistas con Carmen, se observa cómo se ha ido transmitiendo, a través de las generaciones, la violencia como estrategia para resolver conflictos interpersonales, y se han ido repitiendo patrones relacionales. Cada miembro del sistema familiar se acaba situando en una de las dos polaridades: agresor/víctima, dominante/sumiso, interiorizando un tipo de relación y oscilando entre posiciones extremas. De ahí que Sara comience a mostrarse agresiva, teniendo muchas dificultades en sus relaciones con iguales y adultos, y manteniendo relaciones de pareja con chicos mayores que ella y poniéndose en riesgo, con una gran dificultad para protegerse y expresar cuáles son sus necesidades y límites, así como para aceptar los límites de otros.

Refiere que ocasionalmente necesita cortarse cuando siente mucha rabia y hacerse daño para aliviar la angustia, como una manera de “concretar” el dolor y hacerlo más controlable; se ha ido trabajando esto con Sara, construyendo alternativas para expresar la angustia y el sufrimiento, disminuyendo así la necesidad de pasar al acto y favoreciendo la capacidad de mentalización.

El trabajo psicoterapéutico ha consistido en realizar una reconstrucción-comprensión de su historia familiar

y personal, estableciendo conexiones entre los conflictos relacionales, la aparición de conductas sintomáticas y su propio sufrimiento. La reconstrucción y comprensión de la historia familiar de la madre de Sara, facilitó poder ir construyendo otras alternativas de relación, donde podía hacer algo diferente, no como víctima o agresora, y aprender otras maneras de gestionar los conflictos diferentes al sometimiento o a la dominación con violencia.

Otro aspecto importante de la intervención psicoterapéutica fue trabajar la necesidad de poder pedir ayuda, y que el sentimiento de culpabilidad no bloquease la posibilidad de “pedir”, ya sea afecto, cuidados, protección, ayuda..., ya que un patrón que se repetía en ambas generaciones, tanto en la madre como en la hija era la imposibilidad de pedir ayuda ante un contexto de violencia y de agresión debido al sentimiento de culpabilidad que experimentaban. Sara verbalizaba en varias ocasiones “¿Cómo voy a pedir ayuda a mi madre con lo que ella ha sufrido? No quería dar más problemas...”.

También se ha ido interviniendo con madre e hija en el establecimiento de límites intergeneracionales, y en la recuperación de una posición “natural” dentro del sistema familiar, redefiniendo la relación entre ambas y haciendo explícito la necesidad de Sara de que su madre pueda responder a sus necesidades afectivas, de cuidado y protección y que Carmen pueda integrar su “papel” como madre afectuosa que al mismo tiempo pone límites y normas. Una de las hipótesis sobre las que se trabajó era que cuando la madre de Sara ponía límites lo hacía desde el “desbordamiento” emocional, como madre sufridora, esclavizada y sufriente, vivenciado esto por Sara con gran sentimiento de culpa, y que cuando Carmen era afectuosa, se situaba en una posición más infantil y simétrica con respecto a su hija, quién acababa haciendo de cuidadora de su madre. El trabajo fue integrar ambos aspectos, los afectos y los límites, definidos dentro del rol de madre de una manera más estable y coherente, interrumpiendo la conducta ambivalente de la madre que generaba mucha confusión en Sara.

La intervención psicoterapéutica individual con Sara, ha consistido también en ir trabajando el proceso de individuación y autonomización, y organización conductual para que pueda ir creando su propio proyecto personal y que pueda ir construyendo un espacio propio, independiente del de su madre y de los conflictos de ésta.

La evolución de Sara ha sido muy positiva; ha podido ir expresando su sufrimiento y comprendiendo las dificultades que han tenido los adultos para protegerla, así cómo las posibilidades de poder hacer algo alternativo en el presente, y esto ha facilitado que pueda pedir y explicitar lo que necesita. Han remitido los conflictos en el contexto escolar, los episodios de violencia con iguales, las conductas autolesivas, y ha ido construyendo una relación diferente con su madre. Se encuentra más estable emocionalmente, y va pudiendo mentalizar sus emociones sin necesidad de pasar al acto.

Otro aspecto importante para trabajar con Sara, y que ha quedado pendiente, es ir reconstruyendo la figura paterna y poder “rescatar” una imagen del padre más real, así cómo de los hombres en general, que le permita relacionarse con ellos desde otro lugar.

El proceso terapéutico de Sara será no obstante largo debido a las múltiples heridas que sufre tras una infancia difícil, y a la necesidad de un largo proceso de reparación emocional que le permita ir construyendo otras alternativas y diferentes modelos de relación.

## Reflexión

En el caso presentado podemos observar que la paciente, teniendo en cuenta también el período evolutivo de ésta, manifiesta un tipo de funcionamiento borderline. Por supuesto no podemos hablar de un trastorno de la personalidad debido a la edad de la paciente, pero sí de un tipo de funcionamiento caracterizado principalmente por la escisión como mecanismo defensivo frente al dolor, por la dificultad para integrar diferentes aspectos de sí misma y de otros, por experimentar vivencias de abandono que le generan sentimientos de rabia, impotencia, realizando movimientos auto y heterolesivos, por tener relaciones de apego ambivalentes e imprevisibles, experimentando angustia ante la separación de figuras de referencia y respondiendo con conductas muy



ambivalentes (también recibe estas respuestas por parte de su entorno). Mantiene relaciones interpersonales inestables, vividas de manera caótica con grandes oscilaciones emotivas, basadas éstas principalmente en la dependencia/sumisión, dominación/agresión y/o rechazo. Teniendo en cuenta que algunas de éstas vivencias pueden considerarse “normales” si consideramos el período evolutivo de Sara, la adolescencia, sin embargo la intensidad de sus síntomas, la interferencia de éstos en su vida, la vivencia de angustia y el gran sufrimiento que experimenta la paciente, son las que me llevan a hablar de un funcionamiento borderline en el sentido definido por Cancrini (Cancrini, 1997), dejando a un lado el concepto de estructura borderline de Kernberg (Kernberg, 1999). Cancrini, propone la necesidad de intentar integrar ambos términos, ya que considera más apropiado hablar de diferentes umbrales de activación para el funcionamiento borderline (diferencias cuantitativas entre lo normal y lo patológico). Existen determinadas situaciones, de estrés o de gran activación emocional que pueden provocar este tipo de funcionamiento, sin embargo la vulnerabilidad será diferente en función de este umbral de activación. Este autor parte de las observaciones de Mahler, Pine y Bergman en relación a las fases de desarrollo del niño; es durante la crisis de reaproximación, entre los quince y los dieciocho meses (una vez superada la fase de individuación y de aproximación), cuando el niño empieza a experimentar ambivalencia y angustia de abandono en el momento que se separa de sus figuras de referencia y es en esta fase cuando el niño tiene que aprender la tarea integrativa (Mahler, Pine y Bergman, 1984). Cancrini explica cómo el niño aprende a funcionar en un nivel borderline en la fase de reaceramiento, y cómo estas pautas serán reforzadas o reactivadas en el espacio interpersonal en el que se mueva el niño, convirtiéndose en un funcionamiento patológico cuando estas respuestas se repitan de manera rígida en el tiempo, (Cancrini, 2007).

Existen muchos factores que contribuyen a determinar el umbral para la regresión a un nivel de funcionamiento borderline, que el autor define, pero los más importantes son el trauma en la infancia (violencia física, psicológica, negligencia, abandono emocional....) y un contexto de desprotección, desfavorable, imprevisible y caótico, dónde el niño no encuentra figuras de referencia capaces de ejercer una función protectora. Sin embargo, aunque el niño haya crecido en un entorno tan desfavorable y vaya desarrollando un funcionamiento borderline ante tanto sufrimiento, éste será flexible y reversible si se dan las condiciones adecuadas (Cancrini, 2007).

En el caso de Sara, observamos cómo ha aprendido a manejar el sufrimiento desarrollando pautas relacionales que le están generando mayor sufrimiento. Ante el dolor, las vivencias de abandono emocional y depresivas se repiten en este contexto relacional en el que se mueve desde niña y al no encontrar figuras de referencia estables que puedan protegerla de un contexto de violencia y negligencia, y ante la repetición por parte de los adultos de pautas ambivalentes con Sara durante su desarrollo, ella va manteniendo un nivel de umbral bajo para el funcionamiento borderline. Dicho funcionamiento se activa en situaciones de alta activación emocional, caóticas, amenazantes, que le generan una gran tensión emocional que no puede manejar (entre otras cosas debido a la dificultad de Sara para integrar aspectos de sí misma y de los otros que le permita dar una respuesta más estable y protectora consigo misma).

El trabajo con Sara consistió principalmente en conseguir un espacio terapéutico estable, seguro y protector, dónde pudiera ir construyendo e interiorizando un modelo de relación diferente y tener una experiencia relacional alternativa, principalmente de protección y seguridad. También, el trabajo psicoterapéutico consistió en ayudarla a integrar diferentes representaciones de sí misma y de los otros, así como diferentes experiencias emocionales para que pueda ir ampliando su repertorio de comportamiento y pueda ir desarrollando estrategias más funcionales.

El trabajo con el contexto de Sara ha sido muy importante, ya que se repiten pautas relacionales que generan sufrimiento y que reducen las posibilidades de poder aprender modelos de relación diferentes. Finalmente las manifestaciones sintomáticas del sufrimiento han ido disminuyendo, facilitando de éste modo que pueda ir buscando la reparación emocional de una manera más funcional.

Esta reparación y recuperación está siendo posible al haber podido construir un vínculo protector, estable y afectivo a partir del cuál ha ido dando sentido a su experiencia traumática y de sufrimiento (Cirulnik, 2008); de

este modo ha podido tener una experiencia emocional diferente que ha ido facilitando la “puesta en marcha” de recursos hasta ahora desconocidos y el aprendizaje de recursos nuevos.

Por todo lo expuesto anteriormente, planteo la importancia que puede tener una intervención psicoterapéutica y/o psicosocial temprana, de un niño “herido” en un contexto desfavorable, ya que puede interrumpir un desenlace dramático, en el que la única salida del niño ante tanto dolor sea a través de los síntomas que solamente añadirán un dolor aún mayor a las heridas del pasado.

## Referencias

- American Psychiatric Association, (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR)* Barcelona: Masson.
- Cancrini, L. (1997). *Lezioni di psicopatología*, Turín: Bollati Boringhieri.
- Cancrini, L. (2007). *Océano borderline. Viajes por una patología inexplorada*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Cyrlunik, B. (2008). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Kernberg, O. (1999). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Barcelona: Paidós.
- Mahler, M, Pine F. y Bergman, A. (1984). *El nacimiento psicológico del infante humano*, Buenos Aires: Marymar.

Manuscrito recibido: 11/04/2012

Revisión recibida: 31/10/2012

Manuscrito aceptado: 06/11/2012