



**RUPTURA DEL LÍMITE DE LO PSICÓTICO EN  
EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD.  
UNA LECTURA PSICOPATOLÓGICA SIMPLE  
DEL LLAMADO “DOBLE DIAGNÓSTICO”.**

Luigi Cancrini  
Psiquiatra - Psicoterapeuta.  
Presidente del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale.  
Director Científico de la Comunità Terapeutiche di Saman.  
Director Científico del Centro Aiuto al Bambino  
Maltrattato e Famiglia del Comune de Roma.

Traducido por Pepa Moreno

## **EL CONCEPTO DE ESTRUCTURA BORDER LINE**

La dificultad a la hora de describir de forma unitaria los trastornos considerados border line, o de nivel border line, ha sido durante mucho tiempo uno de los problemas más graves de la nosografía psiquiátrica moderna. El uso restringido del término trastorno border line establecido por el DSM IV discrepaba con el uso extensivo del mismo término propuesto por autores como Kernberg, que habla explícitamente del nivel border line de funcionamiento a propósito de un espectro más amplio de trastornos psiquiátricos descritos en el Eje 1 y el Eje 2 del DSM IV. Las razones teóricas de esta diferencia de opiniones se han discutido ampliamente por el propio Kernberg que subraya la necesidad de basar el diagnóstico en conceptos relativos a la organización defensiva de la personalidad, haciendo una clara distinción, desde el punto de vista clínico, terapéutico y sobretodo del pronóstico, entre los trastornos de personalidad de nivel neurótico, de los de nivel border line, y centrando la atención de quien formula un diagnóstico en la especificidad de las estructuras de personalidad, en vez de en la variedad no específica de los síntomas emergentes.

Basado precisamente en ese conjunto de consideraciones, el trabajo de Kernberg subraya la necesidad de usar la categoría de la estructura border line como indicador del nivel de funcionamiento psíquico subyacente a una serie más amplia de situaciones clínicas, aparentemente muy diferentes entre ellas, y que sin embargo pueden ser claramente distintas a las situaciones en las que el funcionamiento que prevalece es de orden neurótico o bien psicótico. De este punto surge de manera natural la posibilidad de reconsiderar dentro de una única categoría diagnóstica cuadros clínicos que, en la práctica, con frecuencia, son considerados diferentes y autónomos, en términos por ejemplo de tóxicodependencia o de trastornos en la conducta alimentaria. Se comprueba concretamente, que el elemento común de la patología border line es el que está relacionado con la alternancia en el tiempo de trastornos agudos, críticos y sintomáticos (Eje 1 del DSM IV) y de trastornos estables, más o menos graves, de personalidad; y que la observación a largo plazo permite hallar la frecuencia con la que la misma persona presenta, en distintos momentos de su vida, uno y otro trastorno, aparentemente tan distintos que se incluyen en este tipo de definición. El mismo paciente puede presentar un trastorno en la conducta alimentaria a los diecisiete años, y una dependencia de la droga a los diecinueve. Más adelante puede presentar los rasgos típicos de un trastorno border line de personalidad, y atravesar esos períodos de ansiedad variable y frecuente, que permitirá a un psiquiatra diagnosticarlo como “trastorno pseudoneurótico”. La variedad de cuadros que permiten diagnósticos diferentes en el Eje 1, es ya de hecho normal para la gran parte de los casos clínicos. Sólo aparentemente más complejo es el discurso relativo a la posibilidad de diagnosticar en la misma persona, en distintos momentos, trastornos diferentes de personalidad. (Se profundizará en este tema más adelante, capítulo 3).

Este tipo de elección supone una gran dificultad desde el punto de vista terminológico. En estas condiciones es sin duda oportuno establecer una breve premisa para evitar malos entendidos, ambigüedades y dudas a la hora de hacer una interpretación.

La tabla 1, basada en la utilización de conceptos explicados por Kernberg en un trabajo magistral, propone primeramente una reseña amplia, aunque no del todo exhaustiva, de las diversas situaciones clínicas en las que es posible suponer un diagnóstico estructural del trastorno border line. Pero la terminología usada por Kernberg en esta fase (19xx) tampoco es la del DSM IV, hoy día más unánimemente aceptada, y enumera un poco en desorden, situaciones clínicas que hacen refe-

rencia al Eje 1 y 2 de aquel manual diagnóstico. Sin embargo, ésta me parece útil para evocar en el psiquiatra imágenes bastante sugestivas de problemas clínicos comunes y bastante complejos. Más rigurosa y actual, incluso desde el punto de vista terminológico, la tabla 2 señala los elementos, comunes a esas situaciones diferentes, cuya evidencia permite ese diagnóstico. La tabla 3 compendia las líneas fundamentales de una distinción necesaria entre los trastornos de nivel border line y los de nivel psicótico y neurótico respectivamente.

Tab. 1.1 Formas clínicas del trastorno border line de personalidad según Kernberg.

CUADROS CLÍNICOS	DENOMINACIONES CONVENCIONAL	DSM IV
Ansia crónica variable y frecuente, poco influida por los fármacos, neurosis polisin-tomática	Trastorno "pseudoneuróti-co"	Trastorno de ansiedad generalizado
Desviaciones sexuales con tendencias perversas (pedofilia, sexofilia, formas de sadismo sexual)	Perversiones sexuales	Parafilias
Drogodependencia de la Heroína y la cocaína, politoxicomanías, dependencias de los juegos de azar, alcoholismo, cleptomanía	Toxicomanías y otras formas de "neurosis compu-lsivas"	Dependencia de sustancias, leptomanía
Depresiones graves, crónicas o recurrentes, con carácter masoquista	Depresión grave	Trastorno depresivo mayor recurrente, Trastorno depresivo de personalidad
Bulimias de varios tipos, anorexias. Alternancia de bulimias y anorexias	Trastornos (graves) de la conducta alimentaria	Trastornos de la alimentación, anorexia, neurosis, bulimia nerviosa.
Impulsividad patológica con tendencia auto y/o heterodestructiva y/o inestabilidad del estado de ánimo (ciclotimia).	Trastornos del control de los impulsos, ciclotimia	Trastorno border line de personalidad (BDP), trastorno ciclotímico, formas diversas del trastorno bipolar.

Narcisismo patológico	Narcisismo patológico	Trastorno "narcisista" de personalidad (NPD)
Antisociabilidad, Psicopatías (del gangster, al asesino social o a la delincuencia de guante blanco)	Antisociabilidad, psicopatías, personalidad psicopática	Trastorno antisocial de personalidad (ASP)
Delirios, manías persecutorias, o fugas de la realidad	Personalidad paranoide, paranoia	Trastorno paranoide y esquizoide de personalidad (PAR y SOI) trastorno delirante (no esquizofrénico)

Tab 1.2 Características estructurales del trastorno border line de personalidad según Kernberg.

<p>Manifestaciones no específicas de labilidad del Yo</p> <p>Debilidad (ausencia) represión</p> <p>Posible desviación hacia procesos de pensamiento primario</p> <p>Patología de las relaciones relativas a los objetos</p>	<p>Ausencia de tolerancia por la ansiedad, carencia del control de los impulsos, desarrollo débil de los procesos de sublimación.</p> <p>Coexistencia caótica en la consciencia de los derivados pulsionales, y de defensas que intentan controlarlos, pseudocompensación de sí mismo y de los propios mecanismos sin un conocimiento real de aspecto conflictivo.</p> <p>No hay pérdida del sentimiento de realidad, ni alteración formal en los procesos de pensamiento. El trabajo terapéutico, las situaciones de dificultad, y el uso de tests proyectivos y de estímulos no estructurados pueden evidenciar, sin embargo, procesos de pensamiento primario.</p> <p>Dispersión de la identidad con forma de ausencia de un concepto integrado y estable del Yo, y de los objetos en relación con el Yo. Tendencia a no definirse claramente a sí mismo y ausencia de una comprensión profunda de los demás, con seria dificultad en el desarrollo de relaciones interpersonales basadas en el reconocimiento y en la reciprocidad.</p>
---	---

Mantenimiento del examen (juicio) de la realidad	En la entrevista diagnóstico el paciente reacciona correctamente (refuerzo del examen de realidad y mejor funcionamiento del Yo), frente a la evidencia de (su) incongruencia con respecto a la interpretación de las operaciones defensivas puestas en práctica en la transferencia.
--	---

### 1.3 Características estructurales de los trastornos de personalidad

	TRASTORNO NEURÓTICO	TRASTORNO BORDER LINE	TRASTORNO PSICÓTICO
Manifestaciones no específicas de labilidad del Yo	Posibles	Evidentes	Evidentes
Debilidad (ausencia de represión)	No	Si	Si
Posible desviación hacia procesos de pensamiento primario	No	Si	Muy evidentes
Patología de las relaciones relativas a los objetos	No	Si	Si
Mantenimiento del examen(juicio) de la realidad	Si	Si	No

#### **LA DESVIACIÓN HACIA PROCESOS DE PENSAMIENTO PRIMARIO; EL PROBLEMA PARTICULAR DEL “DOBLE DIAGNÓSTICO”.**

La capacidad de funcionar en un nivel border line manteniendo un Contacto con la realidad suficiente como para no sobrepasar el límite que separa el funcionamiento border line del psicótico es una capacidad característica, normalmente típica de los drogodependientes. Con lo que se enfrentan cada vez más los “dobles diagnósticos” es sin embargo la posibilidad de que algunas personas con este tipo de problema pierdan la capacidad de distinguir y de limitar los contextos y el contacto con la realidad. Lo que uno se encuentra de frente en la clínica, cuando eso sucede, se manifiesta, no obstante, de dos maneras bastante distintas entre sí.

Tab 1.4 La psicosis aguda (a) como manifestación extrema de un funcionamiento border line invasivo y (b) como manifestación sintomática de una esquizofrenia (personas con el umbral bajo para el funcionamiento psicótico)

	SITUACIÓN TRAUMÁTICA DESENCA- DENANTE	FUNCIONAMIENTO ANTES DE LA CRISIS	RESPUESTA A LA TERAPIA	FUNCIONAMIENTO DESPUÉS DE LA CRISIS
A	Un hecho importante de gran alcance para la persona y para su historia	Fluctuaciones en el comportamiento relacionadas con la invasión del funcionamiento border line	Rápida	Border line y/o neurótico y/o normal
B	(Suma de) pequeños acontecimientos vividos considerados "dramáticamente" negativos	Retiro basado en un intento de huida	Incierta	Psicótico compensado por la huida, o border line invasivo

A) Lo más común entre las personas que tienen a sus espaldas un largo período de drogodependencia cuyo funcionamiento a nivel border line se convierte progresivamente más invasivo en situaciones de estrés reconocibles, es que lleguen a una situación de vida percibida como "cerrada" o "bloqueada", llegando a proponer fases, generalmente, limitadas en el tiempo, de funcionamiento claramente psicótico( del tipo psychotic breakdown o brote psicótico), como veremos más adelante a propósito del caso de Simona.

B) Esta, menos frecuente, se da entre las personas cuya capacidad para percibir y distinguir los contextos aparece comprometida más frecuentemente por la dificultad de fondo, y que les caracteriza, para distinguir de manera correcta el origen, ya sea por el Yo, o por el objeto, de sus representaciones mentales. Son personas que al entrar en contacto con las drogas ya habían sufrido claros episodios de desequilibrio psíquico y para los que el consumo de droga sirve para controlar o enmascarar una patología grave de nivel psicótico. Es decir, se trata de personas que parecen haber cumplido, con alguna dificultad, la primera de las tareas evolu-

tivas descritas por Kernberg y que por este motivo presentan un bajo umbral a un retroceso a niveles psicóticos de su funcionamiento mental; un argumento que no se tratará en este encuentro.

## **LA FASE PSICÓTICA COMO DESENLACE DE UNA SITUACIÓN EN LA QUE LA INVASIÓN DEL FUNCIONAMIENTO BORDER LINE SE HACE DEMASIADO GRANDE; EL CASO DE SIMONA.**

103

Simona, veintiséis años, vive sola desde hace unos cuantos, ha estudiado pero no puede mantenerse por sí misma. Los que piden ayuda para ella son los padres y los hermanos. Dicen que Simona se ha encerrado en casa, que tiene “visiones” aterradoras, grita, amenaza con el suicidio. La recuperación en el hospital se presenta como un tratamiento sanitario obligatorio, aunque en ese momento Simona no opone resistencia. Mira al vacío, llora, habla sin sentido, pero sigue dócilmente a la enfermera y acepta sin especiales dificultades las curas que se le proponen. Reacciona bien y pronto a los neurolécticos, además de al alejamiento de la situación de estrés.

La historia recientemente de Simona la presenta su familia como una historia de desencuentros cada vez más violentos que dura ya desde hace dos años. Simona no acepta reglas de ningún tipo, toma drogas, frecuenta personas peligrosas, se niega a dar cuenta de su comportamiento. Dicen que ha habido al menos otros dos episodios similares a éste, que les ha obligado a pedir ayuda, siempre relacionados con un alto consumo de sustancias, probablemente cocaína. Insisten en que el intento de complacerla permitiéndole vivir sola ha fracasado tristemente porque Simona, con esta crisis, ha demostrado no saber valerse por sí misma.

En el hospital Simona se recupera rápidamente. Habla de “voces” y “visiones”, pero se aleja y se libera de ellas rápidamente. Su paso por una Comunidad Terapéutica le ayuda a reponerse posteriormente, y permite reconstruir una historia, hecha al principio, de inquietud adolescente, y de rebeldía parecidas a las de tantos otros de su edad, y notablemente complicada después de una compleja experiencia de pareja. Es durante esta experiencia de pareja, repentinamente infeliz, cuando Simona siente un cambio profundo al entrar en crisis con sus estudios, y comenzando una relación, siempre de manera discontinua con las drogas. El

aumento progresivo de las tensiones ya existentes con la familia debido a un cambio incomprensible e inaceptable (Simona nunca ha contado nada de su historia sentimental, ni de su importancia, ni a sus padres, ni a su hermana), y la pérdida casi completa de antiguos lazos amistosos hicieron su relación de pareja más fuerte. La ruptura de esta relación la ha dejado en una situación insostenible. La crisis que la lleva a la recuperación llega unos meses después, en una situación caracterizada por la soledad y por el abuso de sustancias, y por lo que ellos han percibido como un desafío cada vez más fuerte, y que ella ha vivido como el resultado de su fracaso personal.

## COMENTARIO

Las dificultades vividas dentro de una situación afectiva difícil pusieron en marcha niveles de funcionamiento border line probablemente limitados desde antes de la relación de pareja, y extendidos más tarde a las relaciones, ya tensas y difíciles con sus familiares. El aumento de la invasión de ese funcionamiento encontró un espacio de compensación en las actividades de estudio que la llevaron a terminarlos. Sola, consigo misma, privada de afectos y proyectos, Simona se encerró en sí misma y se derrumbó. El episodio psicótico desaparece rápidamente con la recuperación. La violencia de la crisis vivida por Simona obligó a sus familiares a darse cuenta de su sufrimiento. El trabajo terapéutico los ha ayudado, mientras Simona estaba en la Comunidad, a asentar su relación con ella sobre una base nueva. El dramatismo de la crisis bien utilizada en la terapia, permite reanudar un discurso interrumpido desde hacía ya unos años.

La ruptura del límite de lo psicótico en el caso de Simona dura relativamente poco. Clara y comprensiblemente unido a una serie de sucesos “estresantes” y a una dramática experiencia de pérdida, puede entenderse como el desenlace natural de una situación en la que ese desbordamiento del funcionamiento border line había llegado a tal punto que hacía inaguantable la situación de Simona. La validez del trabajo terapéutico realizado con ella en el hospital y en la comunidad hace de puente para que consiga niveles de funcionamiento suficientemente integrado. Sin embargo, el precio que se paga por este tipo de retorno se hace evidente de inmediato para aquel que reflexione sobre la prudencia en la que Simona inspira su vida tras la vuelta a casa, confiando plenamente en el apoyo de sus padres,

manteniéndose alejada de todo lo que puede transportarla a las experiencias traumáticas vividas. Como si sintiera con claridad la necesidad de ser más fuerte (no diremos de subir el umbral) antes de exponerse de nuevo a la posibilidad de cualquier compromiso afectivo, pero dando muestras, con una cierta claridad, ya en esta fase de la necesidad de mecanismos defensivos basados en la represión y en el renacer de un conflicto triangular (edípico) de tipo neurótico.

El uso de neurolécticos es importante en la evolución de este caso como en todos los casos que traspasan la frontera de lo psicótico. La eficacia del fármaco es evidente casi visualmente, y la literatura psiquiátrica anterior a la introducción de los neurolécticos en la terapia demuestra con claridad cuanto han hecho disminuir la duración de las crisis, de uno a tres meses de media a pocas semanas o a pocos días. Se ha demostrado entre otras cosas la facilidad de las recaídas si la terapia se interrumpe muy pronto. De hecho tratar durante meses o años con una dosis de mantenimiento de neurolécticos a un paciente que ha tenido una crisis (una ruptura del límite) psicótica importante es siempre útil. Como si este tipo de fármacos pudiese influir positivamente en el umbral del funcionamiento psicótico.

Resumiendo, el caso de Simona es un caso que permite comprobar la manera en la que, con el transcurso del tiempo, la misma persona puede funcionar a nivel psicótico, border line o neurótico. Desde el punto de vista de los valores de umbral, la facilidad y la estabilidad de los resultados conseguidos con un trabajo terapéutico, basado en la acogida y en la escucha de sus dificultades permite notar que el umbral que se refiere al funcionamiento border line es relativamente alto (las presiones ambientales necesarias para activarlo son excepcionales). La rapidez y el dramatismo de esa ruptura de límite delirante permiten considerar que el umbral relacionado con el funcionamiento psicótico es cercano al anterior, con respecto a la violencia de las emociones extremas, características de las fases de funcionamiento border line, y de las que Simona y su contexto interpersonal parecen bastante poco disponibles y preparados para liberarse.

Generalizando más, el caso de Simona permite proponer un encuadre, coherente desde el punto de vista psicopatológico para aquellas situaciones en las que se manifiestan episodios realmente psicóticos, en momentos particularmente difíciles, en una etapa de la vida que no corresponde a la de la esquizofrenia (o de la personalidad que presenta un umbral especialmente bajo para el funcionamiento

psicótico). La similitud fuerte y a veces la superposición completa de los episodios psicóticos, característicos de las fases agudas de una etapa esquizofrénica, y de aquellos que complican la vida de personas capaces de funcionar a niveles border line y/o neuróticos y/o normales durante etapas importantes de su vida, ha constituido desde siempre un problema nosográfico de grande complejidad, y ha llevado a muchos autores a distinguir dos procesos (o dos enfermedades) completamente distintas entre ellas cuyas crisis psicóticas agudas constituyen la manifestación sintomática común. Hablando de psicosis esquizofreniforme (pero no de esquizofrenia) el DSM ha replanteado inteligentemente la necesidad de hacer esta distinción fundamental. Nosotros tenemos la posibilidad de hacer un resumen ahora teniendo en cuenta lo que sugieren las reflexiones llevadas adelante hasta el momento sobre la patología del funcionamiento border line invasivo.