

3

Diagnóstico diferencial en la adolescencia

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS GENERALES

En la literatura más antigua sobre perturbaciones de la identidad en la adolescencia, las crisis de identidad y la difusión de identidad no estaban claramente diferenciadas. Por lo tanto, todavía puede encontrarse vigente la pregunta de si todos los adolescentes podrían presentar algún grado de difusión de identidad y de ahí ser indistinguibles de la organización posterior de la personalidad límite. Creo que uno puede diferenciar la patología de carácter límite y no límite con bastante facilidad, utilizando el enfoque estructural de diagnóstico. Las características descriptivas y psicodinámicas de la patología grave del carácter y los trastornos límite en la adolescencia se han revisado por Geleerd (1958), Masterson (1967, 1972), Paz (1976), Michael Stone (1980), y Paulina Kernberg (1982).

Al aplicar criterios estructurales a la evaluación inicial de pacientes adolescentes, el clínico se enfrenta con varios rasgos que complican. Primero, la gravedad relativa de los afectos desorganizadores de las neurosis sintomáticas en la adolescencia, ansiedad y depresión típicamente graves, pueden afectar el funcionamiento total del adolescente en el hogar, la escuela y con sus compañeros, a un grado que puede parecerse al colapso social más grave típico de los trastornos límite.

Segundo, es la tendencia del adolescente hacia crisis de identidad, caracterizadas por un cambio rápido de identificaciones con esta o aquella ideología, o este o aquel grupo social, de modo que lo que parece un cambio radical en la personalidad pueda aparecer en el curso de algunos meses. Estas alteraciones repentinas en la identificación originan la cuestión de si está presente el mucho más grave síndrome de difusión de identidad.

Tercero, los conflictos con los padres, hermanos, autoridades escolares o ambos, pueden malinterpretarse. Estos conflictos pueden reflejar necesidades neuróticas de dependencia y rebelión, a patología grave en el área de

las relaciones objetales y una manifestación del síndrome de difusión de identidad. De hecho, los conflictos neuróticos no límite con los padres y figuras de autoridad pueden intensificar y activar el potencial para las operaciones defensivas primitivas en un paciente esencialmente no límite de modo que lo que aparece como control omnipotente, identificación proyectiva y devaluación, puede hacerse manifiesto en ciertas relaciones objetales de algunos pacientes no límite.

Cuarto, la conducta antisocial en el adolescente puede ser expresión de una adaptación "normal" o neurótica a un grupo cultural antisocial (y, así, ser relativamente no maligna) o reflejar patología grave del carácter y organización de personalidad límite tras la máscara de una adaptación a un grupo antisocial. Por consiguiente, la etiqueta con frecuencia mal usada de "reacción de adaptación en la adolescencia" no es tanto un diagnóstico sino una señal de alarma que indica la necesidad de evaluar a fondo la estructura de personalidad de un adolescente en conflictos sociales.

Quinto, las reacciones narcisistas normales, neuróticas e infantiles, tan frecuentes en la adolescencia pueden ocultar una estructura de personalidad narcisista grave, en especial cuando no hay rasgos antisociales, para inmediatamente poner alerta al diagnosticador para la evaluación de patología narcisista, además de la antisocial. La patología narcisista puede presentarse, no como conflictos típicos sobre el control omnipotente, la grandiosidad y la devaluación, sino más bien como una oscilación extraña entre un desempeño escolar excelente y un desconcertante fracaso en tareas competitivas.

Sexto, el surgimiento normal de tendencia sexuales perversas múltiples en la adolescencia puede imitar la condensación de rasgos genitales y pregenitales (con predominancias de conflictos agresivos) típica de la organización límite. Como dije la naturaleza de los conflictos inconscientes predominantes no es un buen criterio diagnóstico.

Finalmente, los trastornos psicóticos de desarrollo más lento, como la enfermedad esquizofrénica crónica, pueden hacerse pasar por trastornos límite por la predominancia de patología grave de las relaciones objetales, retraimiento social y grave patología del carácter en general. También, aunque las alucinaciones son, más bien, fácilmente diagnosticables, la formación perniciosa de delirios puede al principio malinterpretarse como, por ejemplo, tendencias hipocondriacas o preocupación excesiva por la apariencia física.

En los que sigue, intentaré ilustrar estas dificultades para el diagnóstico diferencial de la patología límite en la adolescencia, así como la aplicación de los criterios diagnósticos generales mencionados.

ILUSTRACIONES CLINICAS

A.: Una estudiante de preparatoria, de 18 años, me fue referida con un presunto diagnóstico de organización límite y depresión neurótica grave. A. había estado fallando en su trabajo escolar, aislándose socialmente, oscilado entre periodos depresivos y de retraimiento, y otros de vehementes discu-

siones con amigos y con su familia. Tuvo aventuras homosexuales y heterosexuales, y el médico que la refirió la encontró reservada y distante. El síntoma predominante era el grave colapso de su vida social en la escuela y fracaso en los estudios a pesar de su inteligencia brillante.

En la exploración de sus dificultades, resultó que A. había tenido siempre inhibiciones sexuales, manifestadas con grave culpa por cualquier actividad sexual, y fantasías en la masturbación de ser humillada, golpeada y esclavizada por hombres sádicos, poderosos. Aunque se había enamorado de varios hombres, siempre se había sentido asqueada por el intercambio sexual con ellos. Temerosa de otras mujeres con quienes ella sentía que no podía competir, intentó establecer relaciones de sumisión con mujeres dominantes. Había tenido algunas relaciones sexuales con amigas sin experimentar mucho placer sexual. En la secundaria siempre sintió que trabajar bien y estudiar duro le permitirían encontrar su propia identidad profesional sin tener que involucrarse en relaciones de sexo con los hombres o tener que competir con otras mujeres a causa de ellos. En la preparatoria, sintió que todos los caminos hacia la intimidad sexual estaban cerrados para ella, y su creciente desaliento por su incapacidad para vencer estas dificultades, combinado con sentimientos de culpa en aumento por participar en actividades sexuales "prohibidas", disparó la depresión que se intensificó al punto de interferir gravemente con sus estudios.

A. pudo transmitir descripciones diferenciadas y vívidas de las personas más significantes con quienes había estado involucrada y de sus relaciones con ellas. Tenía un concepto integrado de ella misma, a pesar —o a causa— de rasgos represivos graves, y presentaba características más bien típicas de una estructura de personalidad predominantemente histérico/masoquista. Mostraba un claro compromiso con los valores e ideales, un interés auténtico y definido en ciertas áreas políticas y culturales, y sorprendentemente buen funcionamiento en situaciones interpersonales en las que las diferencias importantes de edad hacían las relaciones potencialmente sexualizadas menos presionantes. Habiendo trabajado como voluntaria en una organización social donde ella era, con mucho, la participante más joven, pudo funcionar excelentemente por varios meses mientras vivía "como una monja". En este caso, un concepto integrado del sí mismo y de los demás indicaba que no había difusión de identidad; la vida sexual al parecer caótica correspondía a una inhibición sexual subyacente respecto a los hombres, y una sumisión, determinada por la culpa, hacia las mujeres poderosas. A. pudo establecer relaciones objetales profundas en áreas no "contaminadas" por conflictos sexuales, y dio evidencia de un superyó estricto y sádico en exceso, pero definitivamente integrado. El diagnóstico final fue de personalidad histérica con rasgos masoquistas, frigidez y depresión neurótica grave. La depresión mejoró con una terapia a corto plazo psicoanalíticamente orientada, y ella pudo funcionar mucho mejor en su escuela y en su vida social. Más tarde, se le refirió para psicoanálisis para tratar sus problemas de carácter subyacentes, más profundos.

B.: Una estudiante de secundaria, de 15 años, fue referida a consulta a causa de un cambio dramático reciente en su personalidad. B. había estado unida a su familia, era tímida con los demás y trabajaba duro en la escuela.

Repentinamente, según sus padres, había adoptado una vestimenta "hippie" muy acentuada, se había enredado en una relación amorosa tormentosa y al parecer de sumisión, con un muchacho varios años mayor, y participaba en un "ambiente de drogas" con un subgrupo social de jóvenes rebeldes y extravagantes. El ambiente tranquilo del hogar había sido ocupado por discusiones constantes y recriminación mutua, y los padres estaban molestos por el surgimiento de mentiras frecuentes y lo que ellos veían como una conducta manipuladora y misteriosa —implícitamente deshonestas, que ellos nunca antes habían observado en su hija. La joven había sido vista por un psicoterapeuta quien recomendó a los padres ser más flexibles y tolerantes en su actividad hacia su hija. Por razones que no eran claras, se desarrollaron fuertes tensiones entre el psicoterapeuta y los padres, con la paciente en el papel de observador "inocente".

Aunque el médico que la refería se preguntaba si ésta era una paciente con organización límite, clínicamente **B.** me impresionó como intelectual y emocionalmente más madura de lo que se esperaría a su edad. Después de explorar su desconfianza inicial y temor de mí, el que me viera como un "agente" de sus padres, pude transmitirle mi actitud de neutralidad respecto de su estilo de vida, ideología y relación con su novio. Ella entonces se abrió, descubriendo lo que me pareció ser una profunda y significativa relación con el muchacho —un enamoramiento romántico, normal y una relación sexual satisfactoria con él. **B.** se estaba, en verdad, "rebelando" contra lo que ella veía como los valores excesivamente convencionales de su casa, pero al mismo tiempo parecía estar haciendo planes realistas para su propia carrera y futuro. Estaba al día en su trabajo escolar, era aceptablemente responsable en diversas tareas y compromisos sociales, y en forma abierta reconocía que gozaba fumando "mota" en ocasiones y por ser parte de un grupo de "protesta", pero no parecía ser una adicta. Ni tampoco había abandonado sus intereses de siempre en la cultura y el arte, o sus relaciones cercanas con algunos viejos amigos. Tenía una forma integrada de presentarse a sí misma, un concepto diferenciado de los demás significantes, una respuesta pensada y emocionalmente abierta a mis preguntas sobre los conflictos con sus padres y a la relación con su psicoterapeuta.

Mi principal preocupación era el cambio repentino en su apariencia y actitud totales, y traté este punto con ella durante nueve sesiones. En el curso de estas reuniones, el cambio pareció menos patológico de lo que parecía al principio, parecía reflejar un esfuerzo esencialmente normal por separarse de lazos familiares que ella había experimentado como demasiado cercanos y abrumadores. Yo concluí que **B.** era una adolescente relativamente normal. Las reuniones por separado y juntos, con la paciente y sus padres reconfirmaron la recomendación de su psicoterapeuta de que los padres respetaran el distanciamiento de ella y su desarrollo de una vida social que no se conformaba a los estándares suyos. Estos padres fueron de hecho insólitamente comprensivos y flexibles. Un seguimiento de un año indicó que las dificultades con los padres habían disminuido en forma notable y la relación con el novio había terminado seis meses después de la primera consulta; estaba saliendo con otro muchacho, y continuaba su trabajo y su vida social normalmente.

C.: Un estudiante de 19 años, fue referido por lo que al médico que lo envió aparecía como grandiosidad casi psicótica, autoconcentración y patología grave de las relaciones objetales. Este joven había tenido desde hacía mucho, un interés en la historia y el arte, y había estado escribiendo ensayos que intentaban integrar enfoques muy divergentes de ciertos problemas de la crítica de arte e historia. Si bien el médico que lo refirió, no podía evaluar la calidad real de este trabajo, estaba impresionado por la gran inteligencia del paciente pero también preocupado por el tono grandioso que él utilizaba para transmitir su información y su actitud autocongratulatoria, algo infantil. C. también por lo general menospreciaba a la mayoría de las personas relativamente cercanas a él. Su mundo de relaciones objetales parecía consistir en muy pocos modelos, altamente idealizados, por un lado y gran número de "mediocres" devaluados (incluyendo a sus padres, otros familiares, y la mayoría de sus maestros, amigos y conocidos) por el otro. Había veces en que su médico se preguntaba si estaba frente a un genio, un paciente psicótico o una combinación de ambos.

La razón inmediata para la consulta había sido la aprensión creciente de C. por su incapacidad para establecer una relación satisfactoria con una muchacha. Las mujeres a las que admiraba parecían inalcanzables o fuertemente rechazantes hacia él, y el paciente era muy tímido e inhibido con ellas; no fue capaz de dar mucha información sobre cómo su actitud interna afectaba sus relaciones con estas jóvenes. Al mismo tiempo, aquellas que habían mostrado interés por él y con quienes había desarrollado algún tipo de relación, pronto las despreciaba y escapaba temeroso, no fuera que ejercieran demandas sobre él. Había tenido aventuras sexuales ocasionales con amigas y más bien insatisfactorias; impotencia ocasional y algunas idealizaciones rápidamente cambiantes de mujeres inaccesibles.

En general, C. experimentaba un sentido de gran soledad, que provenía de su enérgica separación de sus compañeros (porque él los consideraba menos) y de su patrón de relaciones con las mujeres. En la escuela, su desempeño era irregular; se hizo de un nombre a causa de su conocimiento sobresaliente en ciertas áreas y al mismo tiempo (por razones que no le eran claras) tenía notas bajas en otras materias y experimentaba un abierto rechazo de algunos maestros e instructores, que se volvieron sus duros críticos.

Es necesario subrayar que la combinación de timidez e inhibición con la actitud "valentona" con la que expresaba su superioridad intelectual, sus dificultades con las muchachas y su estado de humor fuertemente cambiante, podrían haber hecho pensar que no era un adolescente tan atípico. Su entrega a los valores intelectuales y culturales, su trabajo fuerte en ciertas áreas, su creatividad en su propio campo, sugería que tenía la capacidad de sublimación del superyó. Tenía buen control de impulsos y tolerancia a la ansiedad y excepto por una impotencia ocasional leve, no tenía síntomas neuróticos.

En una evaluación amplia, lo que más me impresionó fue la incapacidad de C. para describir en forma adecuada la naturaleza de sus dificultades con las jóvenes y las razones por las que ciertos maestros y compañeros lo rechazaban. A pesar de su inteligencia no pudo transmitir una imagen de sus padres, de los maestros a los que admiraba o de las dos o tres jóvenes con quienes estaba involucrado en ese momento. En resumen, la calidad de sus

relaciones objetales parecía notablemente pobre, había una definida indicación de una notoria escisión y una falta de integración de las representaciones objetales.

En contraste, su autoimagen y autoconcepto parecían consistentes e integrados, reflejando un sí mismo grandioso patológico. Transmitió en forma adecuada su entendimiento de la contradicción entre su concepto de sí mismo como una especie de genio, un importante contribuyente, aún no reconocido, a la cultura contemporánea en determinada área, por un lado, y por el otro, sus sentimientos de incertidumbre e inseguridad respecto a las jóvenes y a las situaciones sociales. Explicó que tenía necesidad emocional de otras personas y que sin ellas estaba condenado a sentirse solo. Por cuanto él necesitaba de las otras personas y se preocupaba por su incapacidad para establecer relaciones con ellas, se sentía inseguro. Para esto quería el tratamiento: sentirse seguro y reafirmado en sus relaciones con las mujeres, de modo que esta área de "limitación" a su autosatisfacción se redujera substancialmente y él pudiera dedicarse sin distracción a proseguir escribiendo.

La prueba de realidad se mantenía, y era capaz de evaluar en forma realista las manifestaciones de su sentido de superioridad en las entrevistas diagnósticas. Rápidamente terminó por percibirme como un psiquiatra amigable pero algo confuso, no muy brillante, más bien poco atractivo y de aspecto no muy masculino, y envejeciendo. Porque había sido yo muy bien recomendado a él, estaba dispuesto a "darme una oportunidad" pero le preocupaba seriamente si podría ser ayudado en sus dificultades con las mujeres por un hombre que no parecía ser él mismo muy atractivo para ellas.

Este caso ilustra una patología superficial que imita ciertos rasgos leves de la adolescencia y una grave patología del carácter, subyacente: a saber, una personalidad narcisista funcionando mejor que en un nivel límite expreso.

C. fue referido a psicoanálisis, y un seguimiento después de dos años indicó que pudo continuar su tratamiento hasta ese punto y que había establecido una constelación típica de resistencias narcisistas en la transferencia. En ese tiempo, ningún cambio importante había ocurrido todavía en sus dificultades con las mujeres, aunque su conciencia de que él contribuía a las dificultades en su trabajo, particularmente con sus maestros y superiores, había aumentado en forma gradual.

He descrito hasta aquí casos en los que el funcionamiento superficial indicaba la posibilidad de una organización límite, pero tuvo que considerarse seriamente la de un diagnóstico de organización neurótica —y aún de normalidad. Los siguientes casos ilustran el extremo opuesto del espectro, a saber, casos en los que el diagnóstico diferencial estaba entre una organización límite y una psicótica.

D.: La enfermedad manifiesta de una joven artista comenzó a la edad de 17 años, cuando acababa de entrar a la preparatoria. En ese tiempo, se preocupaba más y más por los pensamientos sexuales bizarros que interferían con su capacidad para concentrarse, un sentimiento creciente de extrañeza y una necesidad desesperada por permanecer cerca de su madre en todo momento. D. comenzó en secreto a cortarse la piel, se apartó socialmente, permanecía

en su cuarto la mayor parte del tiempo, se sentía cada vez más deprimida e hizo varios intentos de suicidio al cortarse. El diagnóstico inicial (en otra parte) de depresión grave (presumiblemente depresión psicótica) fue seguido por un tratamiento de electrochoque; después de alguna mejoría temporal todos los síntomas volvieron. La hospitalización de corto plazo en algunos centros para tratamiento y un tratamiento estándar psicofarmacológico con tranquilizantes y antidepresivos no trajo ninguna mejoría definitiva. Finalmente, un tratamiento a largo plazo en el hospital, en el curso del cual surgió la cuestión de si D. presentaba una enfermedad esquizofrénica crónica o una organización límite de personalidad. La mayoría de los psiquiatras que la atendieron hicieron un diagnóstico de enfermedad esquizofrénica.

En una evaluación diagnóstica que duró varias semanas, encontré los siguientes rasgos: Ella sospechaba profundamente de las motivaciones de su familia y de todas las personas que la rodeaban en el hospital. No dio indicación clara de pensamiento delirante, pero sí una orientación paranoide general. Su habla era vaga y circunstancial, con prolongados silencios y bloqueos, y yo me preguntaba si presentaba una desorganización formal de procesos del pensamiento. Una evaluación cuidadosa no reveló alucinaciones ni delirios. Sus descripciones de sí misma y de los demás significantes eran vagas, caóticas y contradictorias. Su afecto fluctuaba entre periodos de confusión y aturdimiento, momentos de depresión y otros de sutil aturdimiento.

Cuando confronté a D. con sus actitudes suspicaces, de extraño retraimiento hacia mí, mostró una sorprendente conciencia de su propia conducta y de cómo estaba influyendo en la relación terapeuta-paciente. La interpretación de los mecanismos proyectivos predominantes (por ejemplo, sus temores de que yo no estaría interesado en ella, o que sería un crítico duro, cuando era ella la que estaba indirectamente dando evidencia de estas mismas tendencias) aumentó su conciencia de la situación inmediata de la realidad y fuertemente redujo la vaguedad de sus comunicaciones. En breve la ausencia de alucinaciones y delirios, su capacidad para empatizar con criterios sociales ordinarios respecto a la interacción inmediata paciente-terapeuta, y una respuesta integrada con mejoría temporal de las funciones del yo hacia la interpretación de operaciones defensivas primitivas en la transferencia inicial, todo esto, reconfirmó una sólida conservación de la prueba de realidad.

Formulé un diagnóstico de organización límite con rasgos esquizoides, masoquistas y paranoides predominantes. Recomendé psicoterapia intensiva psicoanalíticamente orientada y discontinuar todos los medicamentos; también sugerí que el inicio de la psicoterapia se realizara en un entorno hospitalario estructurado hasta el momento en que ella pudiera controlar su conducta automutilante y suicida.

Esta recomendación fue cumplida; D. permaneció en el hospital otros seis meses y luego continuó en psicoterapia externa de cuatro sesiones a la semana por cuatro años. Un seguimiento después de tres años de este tratamiento reveló un sentimiento de autonomía en crecimiento; una capacidad en aumento para el estudio y el trabajo (al grado de que había completado su educación y ahora desarrollaba su carrera como artista); el inicio de relaciones heterosexuales normales con hombres apropiados, la capacidad de salirse de su casa y lograr un sentido de autonomía interna, y desaparición

completa de las tendencias automutilantes y suicidas. Este caso ilustra la función crucial de la evaluación de prueba de realidad en el diagnóstico diferencial de los trastornos límite y de los psicóticos —particularmente esquizofrénicos.

E.: Era una muchacha de 18 años, con una historia de varios episodios de depresión grave un deterioro gradual en la escuela los últimos dos o tres años; discusiones fuertes y crónicas con sus padres y retraimiento social en aumento. E. presentó inhibición sexual con los muchachos y una tendencia a gravitar hacia aquéllos que eran rebeldes y retraídos socialmente, conservando la amistad con algunas personas de estas características durante varios años. Fue hospitalizada por la preocupación de sus padres de que su depresión pudiera de nuevo agravarse y se volviera suicida.

En el hospital era altanera, controladora, suspicaz y manipuladora. Insistía en que no le pasaba nada psicológicamente; su único problema, decía, era un dolor crónico en sus brazos, que presumiblemente se había desarrollado en forma gradual a causa de la dificultad para dormir que había experimentado durante la larga depresión anterior. Pensaba que sus problemas eran de origen emocional y eran causa de la depresión —y ésta, del insomnio pero que el dolor en los brazos era una consecuencia orgánica por no dormir. Insistía en que nada le ayudaría, excepto el tipo adecuado de medicación, para lo que estaba dispuesta a luchar tanto como fuera necesario.

El síntoma de dolor en los brazos gradualmente se evidenció como un eje organizador principal de sus intercambios interpersonales. Reaccionó en forma violenta a las confrontaciones de su conducta manipuladora, y sus tendencias a disociar a pacientes y personal por igual en sus tratos en el pabellón del hospital aumentaron con las confrontaciones. A causa de la combinación de operaciones defensivas primitivas claramente predominantes —en particular negación, escisión y tendencias proyectivas— y de su falta de un auto-concepto integrado y un concepto sobre los demás, diferenciado, se pensó inicialmente que presentaba una organización límite de personalidad.

En mis entrevistas diagnósticas yo sentía que la prueba de realidad se mantenía en cuanto a su empatía con las observaciones externas sobre su conducta inmediata y a que ella no mostraba mayor desintegración bajo el efecto de la interpretación de las operaciones defensivas primitivas. Sin embargo, sentí que nunca podría ir más allá de su negación de todas las dificultades psicológicas y que la orientación hipocondriaca respecto al dolor de sus brazos no podría reducirse mediante la prueba de realidad ordinaria. Por lo tanto, permanecía la cuestión de a qué grado éste era un delirio hipocondriaco crónico, probablemente indicando —en una paciente que en ese momento no presentó ninguna otra manifestación de depresión grave— la posibilidad de una enfermedad esquizofrénica (o esquizoafectiva).

Se recomendó hospitalización a largo plazo y un enfoque expresivo exploratorio para clarificar más este diagnóstico diferencial. Bajo el efecto de este enfoque del tratamiento, la conducta de E. en forma gradual comenzó a desorganizarse más; con el tiempo se hicieron manifiestas alucinaciones bien claras y otros delirios hipocondriacos y paranoides; el diagnóstico final fue de enfermedad esquizofrénica crónica.

Este caso ilustra las dificultades diagnósticas con pacientes que presentan una sintomatología delirante monosintomática crónica, y señala de nuevo la importancia crucial de la prueba de realidad como parte del estudio diagnóstico. Tanto los pacientes límite como los esquizofrénicos presentan difusión de identidad grave y clara predominancia de operaciones defensivas primitivas. Es la presencia o ausencia de prueba de realidad en un sentido estricto, lo que permite la diferenciación diagnóstica. La incrustación de un delirio crónico aislado en una constelación de lo que parece ser una rebeldía adolescente más o menos grave puede oscurecer la organización psicótica subyacente.

PATOLOGIA NARCISISTA EN LA ADOLESCENCIA

Debiera decirse desde el principio que probablemente sólo son los tipos más graves de personalidad narcisista los que llegan a nosotros para tratamiento en la adolescencia. Muchas de las personalidades narcisistas con un mejor funcionamiento vienen a consulta sólo mucho más adelante en su vida, en conexión con otros síntomas o cuando el principio del proceso de envejecimiento amenaza las defensas narcisistas. Algunos adolescentes con personalidad narcisista también consultan por otros síntomas —fracaso en la escuela, por ejemplo, depresión o desviación sexual— pero por lo general estas dificultades tienen que ser más o menos graves para hacer venir a un paciente adolescente con personalidad narcisista ante un psiquiatra. Por lo tanto, el diagnóstico de patología narcisista en la adolescencia usualmente indica que la patología es grave.

En otra parte (capítulo 11) describo un continuo de gravedad de los rasgos de personalidad narcisista. Aquí me limitaré a describir algunos rasgos característicos de pacientes adolescentes con personalidad narcisista propia. Estos rasgos son primero, un récord escolar contradictorio, con ambición y esfuerzos motivantes, por una parte y un fracaso casi inexplicable y retraimiento de otras actividades, por la otra. La explicación yace en la necesidad de los adolescentes de ser los mejores o de devaluar aquellas áreas en las que no pueden triunfar o en las que la meta se lograría sólo con un esfuerzo persistente. Este patrón a menudo se esconde tras una depresión sintomática relacionada con el fracaso en la escuela. Sólo una evaluación cuidadosa revela los rasgos narcisistas predominantes de esa depresión (sentimientos de fracaso y vergüenza por no haber triunfado) y de la devaluación de lo que no llega fácilmente o no trae recompensa inmediata. La dificultad para aceptar ser un “principiante” es característica —aunque no exclusiva— de los pacientes narcisistas.

Otro rasgo frecuente de adolescentes narcisistas es lo que pudiera llamarse un hedonismo “inocentemente” encantador, una búsqueda de placer y gozo que a menudo acompaña a una naturaleza accesible, superficialmente amigable, un tipo de actitud de “playboy” adolescente que pudiera ser muy atrayente. Tal actitud, combinada con talento y una gran inteligencia, puede ocultar la dificultad que estos adolescentes tienen para comprometerse con cualquier objetivo en la vida o con relaciones profundas. La calidez su-

perfidia y la simpatía social revelan, con mayor exploración, la pobreza típica de las relaciones objetales y la ausencia de intereses de largo alcance en sistemas de valores y metas distintas al autoengrandecimiento.

Los patrones de conducta sexual de los adolescentes narcisistas pueden incluir sentimientos de inferioridad (preocupación por un "pene pequeño") e inhibición sexual hacia el otro sexo, combinados con promiscuidad sexual. La diferenciación respecto a tipos más normales de promiscuidad sexual adolescente requiere un estudio profundo de la naturaleza de cada una de las relaciones sexuales en las que participan, su capacidad para el enamoramiento romántico y para una experiencia diferenciada respecto de su pareja sexual.

La combinación de control omnipotente, grandiosidad y devaluación, con violenta rebeldía contra los padres, requiere diferenciación de la perturbación emocional adolescente más normal. Un paciente adolescente normal o neurótico —en contraste con el límite y narcisista— puede también presentar violentos conflictos con los padres y una tendencia a criticarlos y devaluarlos amargamente, pero esto es en general mitigado por la capacidad de valorar otros aspectos de los padres. Más aún, el paciente neurótico tendría otras relaciones que no se afectan por esta tendencia autoafirmativa y devaluadora. Los pacientes límite no presentan una división entre la devaluación total de los demás y unos cuantos modelos muy idealizados, y muestran una concepción diferenciada y más integrada de cuando menos algunos objetos. Como he señalado en otra parte (1975), la diferenciación de casos límite y narcisistas de sus contrapartes normal y neurótico depende de la capacidad del paciente adolescente no límite para sentir culpa y preocupación, establecer relaciones duraderas, no explotadoras, con amigos, maestros o con los demás, y para valorar en forma realista a estas personas con profundidad. El no límite tiene un conjunto de valores en constante expansión y profundización, lo que puede conformarse o estar en oposición a la cultura del entorno.

Con una patología familiar grave (frecuente en todos los trastornos límite y personalidades narcisistas) es difícil desenredar la contribución del adolescente de las de los padres y hermanos. En esta conexión, el uso diagnóstico de investigación en la familia en los casos difíciles, y la observación de patrones de transferencia inicial en la situación individual del tratamiento psicoterapéutico, se complementan entre sí y pueden ser una contribución muy importante al diagnóstico. El diagnóstico diferencial de conducta antisocial en estos casos es un aspecto fundamental de la evaluación diagnóstica de pacientes adolescentes narcisistas.

Varias combinaciones de los rasgos narcisistas mencionados pueden constituir un tipo de patología narcisista adolescente más "adaptativa" y, paradójicamente, más maligna. Un paciente de 17 años de edad, hijo de un poderoso político, combatía el estilo tradicional, imperativo, de su padre con rabietas crónicas en su casa pero se identificaba con lo que él veía como actitud autoritaria de su padre, usando la influencia de éste en el pueblo en que vivían. Intentaba aterrorizar a los maestros en la escuela, a los vendedores y a otros adultos, invocando el poder de su padre para tomar revancha si, y cuando, sus propias demandas no fueran cumplidas. Al mismo tiempo,

haciendo uso de la opulencia de sus antecedentes, racionalizaba su búsqueda de placer y su estilo de vida con el placer como centro, en una forma superficial pero inteligente como su identificación particular con el "antisistema". Para el diagnosticador, este tipo de paciente hace surgir la cuestión de a qué grado él presenta una adaptación relativamente no maligna a un entorno social excepcional, a qué grado los factores ambientales están protegiendo la estructura subyacente de personalidad narcisista más profunda.

Porque la patología narcisista del carácter por lo general se refuerza en algún punto por algunos rasgos narcisistas "adaptativos" dentro de la familia, el problema de desenredar la patología del paciente de la familia a menudo presenta dificultad. Una vez más, una atención cuidadosa sobre la calidad de las relaciones objetales del paciente y de la integración de su superyó, junto con una evaluación individual y familiar, por lo general da la respuesta.

Antes de ofrecer algunas ilustraciones clínicas de estos temas diagnósticos, deberá subrayarse que la verdadera patología narcisista por lo general se origina en la temprana infancia y no es una consecuencia de la estructura y dinámica familiar observables al presente. Por lo tanto, la presunción de que la terapia familiar sola puede resolver la verdadera patología narcisista del adolescente parece ser altamente cuestionable. Aun en el caso de pacientes con patología familiar más grave, la organización límite verdadera no depende de la patología inmediata de la familia y requerirá tratamiento individual a largo plazo. Al mismo tiempo, muchos casos no pueden enfocarse exclusiva o inicialmente con tratamiento individual porque la psicopatología del adolescente está protegida con éxito por la psicopatología de la familia y por la confabulación consciente o inconsciente de ésta para mantener al paciente bajo su control.

Por ejemplo, un paciente de 19 años, con personalidad narcisista y rasgos antisociales, insistía en que vendría a tratamiento sólo si sus padres le compraban un carro. Su padre estaba dispuesto a hacerlo yo expresé mi preocupación sobre este acuerdo, ya que representaba una continuación de intentos crónicos de parte de los padres para comprar al paciente. Con el tiempo, se hizo claro que, sin una explotación mayor a su familia, el paciente no iba a aceptar la recomendación para tratamiento conmigo ni los arreglos en que yo había insistido como condiciones para que éste comenzara. Hice frente a la familia con las alternativas de consultar a alguien que estuviera dispuesto a tomar a su hijo en tratamiento bajo distintos arreglos o restringir nuestros futuros contactos a verlos sólo a ellos sin su hijo para ayudarlos a enfrentarse mejor a su muy difícil situación. En este caso, una relación de apoyo de dos años con la familia, les permitió finalmente el control omnipotente que su hijo ejercía sobre ellos en el pasado, exponerlo a las consecuencias directas de su conducta antisocial, y, así, indirectamente llevar a casa, a él, la necesidad de su tratamiento.

He aquí unas cuantas ilustraciones de la condensación de patología narcisista en la adolescencia, con patología familiar. Una joven de 17 años que había disparado y herido seriamente a su novio durante una pelea, tenía un padre que poseía un temperamento violento. Solía decir orgullosamente que aun si pasara lo peor de lo peor, el podía triunfar en sus negocios con sólo

azotar el puño sobre la mesa. Sus esfuerzos por intimidar a los psiquiatras y a las instituciones de tratamiento si no cumplían sus deseos de proteger a su hija de la ley, eran quizá más amenazantes que el uso impulsivo por parte de ella de la pistola.

Otra joven de 17 años, que se había dedicado a la prostitución de medio-tiempo, se confabuló con su madre para discontinuar el tratamiento. Prometió a su madre que se “portaría bien” hasta salir del hospital —y del control del equipo de tratamiento— de modo que la madre pudiera presionar a todo mundo para que soltaran a su hija y así evitar seguir pagando lo que ella consideraba dinero desperdiciado por el tratamiento.

Otro ejemplo es el de una pintora como de 20 años, con personalidad narcisista, drogadicta múltiple, promiscuidad homosexual y heterosexual y obesidad, cuyos esfuerzos por controlar la situación del tratamiento y utilizarlo para sus propios fines y escapar de cualquier control o supervisión externo (lo que ella experimentaba como un insulto humillante) eran sutilmente apoyados por su influyente familia. La paciente odiaba lo que ella experimentaba como el terapeuta “confrontador”. La familia, siguiendo los deseos de la paciente, presionó al hospital para un cambio de terapeuta y se las arregló para escoger uno que ellos pensaban sería más complaciente con sus propias demandas. El terapeuta “confrontador” fue reprendido por las autoridades del hospital, y la situación del tratamiento se corrompió al grado de que la familia parecía estar dictando los arreglos para el tratamiento con el propósito de asegurar su máxima comodidad y el mínimo de sentimientos de culpa. La paciente finalmente murió de una sobredosis de droga, quizá un suicidio, unos meses después de dejar al segundo terapeuta y el hospital.

El siguiente, y último, caso ilustra más aspectos de los problemas diagnósticos creados por pacientes adolescentes límite con personalidad narcisista y tendencias antisociales. El diagnóstico de personalidad antisocial surgió sólo después de un largo periodo de evaluación y seguimiento.

F.: El paciente, estudiante de secundaria, de 17 años, fue traído por sus padres a causa de su desempeño escolar crónicamente bajo (a pesar de un CI demostrado, de superior al promedio), su falta de motivación para cualquier propósito futuro de estudios o de una profesión, sus violentas rabietas cuando sus deseos no eran cumplidos de inmediato por sus padres y sus amenazas de violencia física hacia ellos. Tiraba objetos por toda la casa, y con los años los padres temían contrariarlo más.

El mayor de cinco hermanos, F. era muy envidioso de cualquier cosa que sus hermanos o hermanas más jóvenes tuvieran y él no. Durante una cuidadosa investigación de cualquier historia pasada de mentiras, robos o conducta antisocial, los padres estuvieron muy reticentes a proporcionarme información completa. Reconocieron que él les había robado cosas ocasionalmente, igual que a otros miembros de la familia, pero añadían una explicación de por qué él había tenido que hacer esto en términos de sus reacciones emocionales. Estaban muy preocupados también por las “malas compañías” que tenía, lo que ellos creían lo estaba “contaminando”. Los informes de varios psicólogos de la escuela mostraban que él era considerado como un joven iracundo y receloso. Era pasivo, impaciente y abandonaba rápidamente las tareas que no parecían fáciles de lograr de inmediato.

Al mismo tiempo, tenía altas aspiraciones de éxito, pero no estaba dispuesto a realizar ningún esfuerzo en lo que estaba haciendo. Era más bien difícil tener una imagen de él según lo percibían las autoridades de la escuela y sus padres. Se reveló como un joven cauteloso y retraído, excepto cuando hacía demandas amenazantes sobre los que lo rodeaban.

En sus citas conmigo, F. era cauteloso, vago y reservado, pero esta conducta cambiaba cuando sentía que no había más "amenazas" de exploración o de alguna acción desconocida, de mi parte. Cuando, por ejemplo, mencioné que había contestado todas las preguntas que yo quería hacerle y que ahora debía sentirse libre de decirme lo que quisiera sobre él mismo y que creyera me podría ayudar a conocerlo mejor, comenzó a hablar libremente pero en una forma en cierto modo superficial, congraciándose y esencialmente sin involucrarse.

Mis esfuerzos por explorar la aparente contradicción del padre del paciente entre los altos estándares que se fijaba en su trabajo, por una parte, y su tendencia a justificar dondequiera lo que me parecía manifestaciones antisociales de su hijo, llevaron a aumentar la tensión entre los padres. La madre acusaba al padre de ceder ante su hijo, de no dar suficiente estructura y firmeza, y decía que ella tenía miedo de su hijo.

Fue muy difícil para mí obtener alguna imagen clara de la vida social de este joven; parecía interesado sólo en manejar un coche deportivo, en las fiestas y en beber. Negó que tomara drogas, pero yo tenía el presentimiento de que no me decía la verdad. Daba una impresión superficial de tener miedo de no ser aceptado, pero yo detecté una nota subyacente de desafío y autoafirmación a lo largo de toda la evaluación.

A causa de las dificultades para obtener información completa de parte del paciente y su familia, combiné mi propia evaluación clínica con la de un psiquiatra trabajador social que conocía la estructura total de la familia. Las pruebas psicológicas las aplicó un psicólogo experto. Revelaron grave patología del carácter y ninguna indicación de funcionamiento psicótico. El trabajador social concluyó que el conflicto marital crónico entre los padres también era revelado en su actuación en las discusiones sobre el paciente. Este demandaba mucho de su hijo, pero también, extrañamente, disculpaba su conducta antisocial. El trabajador social sentía que había más robos y chantajes dentro de la casa (y quizá también en otras áreas de la vida del paciente) de lo que indicara nuestra primera impresión. La madre parecía estar de algún modo separada narcisistamente de su hijo y preocupada por ella misma, pero con el tiempo adquirió una conciencia más clara de la gravedad de la situación y un sentido de rabia importante respecto a lo que estaba pasando.

Mi diagnóstico final fue de personalidad narcisista con rasgos antisociales, y me preocupaba la complicidad de la familia con la patología de F. como un indicador negativo importante para el pronóstico. A causa de los rasgos antisociales, consideré indispensables como parte de los arreglos para el tratamiento, una estructura social y retroalimentación externas.

La recomendación final fue de terapia familiar para la familia nuclear completa y psicoterapia intensiva para F. con un terapeuta diferente. También recomendé que el tratamiento comenzara con el cambio del paciente

a una residencia escolar o alguna alternativa equivalente, en vez de vivir en su casa.

La familia nunca aceptó esta recomendación. El paciente obtuvo apoyo de su padre para un largo viaje a otro estado, y dinero para financiar una estancia larga fuera de casa sin importar cualquier otro plan de trabajo o estudio que pudiera tener. El padre también consultó a varios psiquiatras y finalmente llegó a una actitud más "optimista" respecto a su hijo, un deseo de darle oportunidad de "salirse de todo esto" más que hacerle presión para continuar el tratamiento.

Un seguimiento de dos años resultó en la siguiente información: F. acababa de regresar a su casa para lograr la ayuda de su padre en los procedimientos legales contra él. Había participado en una pelea con armas, aparentemente conectada con grupos de traficantes de drogas.

La evaluación psiquiátrica en este momento reveló a un joven que parecía mucho más seguro de sí, más menospreciativo y altanero de como yo lo recordaba dos años antes. Ahora transmitía la impresión de que estaba comenzando a lanzarse a una carrera criminal. La reevaluación de la calidad de las relaciones objetales y de cualquier evidencia que pudiera indicar que no tenía una personalidad antisocial verdadera (por ejemplo, relaciones no explotadoras, cualquier manifestación de la naturaleza fuertemente inapropiada de su estilo de vida) no tuvo éxito, y yo concluí con el diagnóstico de personalidad antisocial propia.

He señalado (Kernberg, 1975) que en todos los casos de conducta antisocial en la adolescencia, debiera considerarse un número de factores importantes al formular un diagnóstico diferencial. ¿Es la etiqueta de "antisocial", legal o social, o verdaderamente psiquiátrica? ¿Es en verdad antisocial el adolescente o deberá aplicarse la etiqueta más propiamente al subgrupo social al que éste se está ajustando? ¿Refleja la conducta antisocial una reacción neurótica típica por la dependencia y rebeldía adolescente, o es parte de patología grave del carácter, particularmente en una personalidad narcisista (el diagnóstico inicial en este último caso)? ¿O es un caso de personalidad antisocial propia (el diagnóstico final en este caso)? Todas las personalidades antisociales tienen organización límite lo cual se aplica a las personalidades narcisistas. Aunque muchos pacientes con personalidad narcisista no tienen rasgos antisociales, la frecuencia de ellos en estos casos y su significación negativa pronóstica, no pueden dejar de subrayarse.