

ACTUALIDAD DE LAS PATOLOGÍAS LÍMITES DEL NIÑO*

Roger Misès**

Se reagrupan hoy bajo esta denominación organizaciones de la personalidad que ocupan un lugar específico entre neurosis y psicosis. Estas formas de organización son frecuentes; entre los niños que consultan se presentan con más frecuencia que los trastornos neuróticos. (R. Misès, 1990).

Desde el punto de vista psicopatológico, plantean cuestiones cercanas a las planteadas por los estados límites del adulto, aunque los cuadros que afectan a niños son más móviles y de mejor pronóstico, al menos si se interviene temprano y con medios adecuados.

Desde el punto de vista nosográfico, los hechos clínicos abarcados por este cuadro reúnen trastornos que habían sido, anteriormente, individualizados bajo diferentes terminologías: patologías límites, pero también patologías narcisistas, patologías anaclíticas, disarmonías evolutivas, personalidades falso-self o esquizoides. La misma problemática aparece también subyacente en los síndromes en los que predominan la depresión, los pasos al acto, y las disarmonías cognitivas. Pueden

* Ponencia presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título "Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia", se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000.

** Profesor Emérito de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en la Universidad de París-Sur. Fondation Vallée, 7 rue Benserade. - 94257 Gentilly Cedex.

ser incluidos también sujetos que podrían ser clasificados preferentemente según criterios etiológicos: niños víctima de carencias graves, niños abandonados.

En la clínica habitual, las primeras consultas suelen acudir al pediatra o al médico de familia, por trastornos de la alimentación, del sueño, del control de esfínteres, y por retrasos más o menos disarmónicos que afectan a una u otra de las funciones generales, y en particular al lenguaje. Estas manifestaciones somáticas expresan una vulnerabilidad en relación con una defectuosa integración psicósomática. Más tarde, se presentan componentes depresivos, manifestaciones de ansiedad, asociadas tanto a síntomas fóbicos como obsesivos, o a manifestaciones de inestabilidad que suelen ser a veces diagnosticadas de hiperactividad. Posteriormente, con la escolarización, aparecen dificultades del aprendizaje y progresivamente trastornos de conducta.

Como se ve, los motivos de consulta son muy diversos y se modifican con el tiempo, en un contexto en el que el entorno familiar, a su vez atrapado en dificultades transgeneracionales del mismo tipo, tiende a desconocer el sufrimiento del niño y no le lleva a consulta hasta que aparece la presión de un tercero: maestros, trabajadores sociales. Además existen formas con escasa sintomatología que permanecen desconocidas largo tiempo, hasta que sobreviene una descompensación, particularmente con ocasión de la reorganización de la adolescencia.

En estas condiciones sólo el estudio psicopatológico, abordado desde una perspectiva dinámica, permite dar sentido a los síntomas y esclarecer los criterios esenciales que voy a presentar de forma esquemática.

1. Los defectos en el apoyo precoz por parte del medio familiar son constantes, aunque se expresan en formas variadas; a veces, se ve una manifiesta disociación familiar con internamientos diversos, hospitalizaciones repetidas y otras situaciones que manifiestan rupturas

repetitivas de vínculos. En los últimos años, se ha resalado la influencia de parámetros socioeconómicos que conducen a la precariedad, y a la exclusión. Trabajos concordantes muestran que los hechos psicopatológicos observados en los niños que viven en los medios más desfavorables, corresponden a la problemática de las patologías límite. Sin embargo otras veces los factores del entorno son menos evidentes; acontecimientos que han jugado un papel patógeno importante pueden no ser mencionados por los padres en el momento de la consulta y a veces, y sólo en el marco de un seguimiento prolongado, se descubre tardíamente la existencia de una depresión maternal precoz o la presencia de traumatismos acumulativos ocurridos en los primeros años de vida. Sean cuales fueran, estos factores incluyen siempre una insuficiencia grave del investimento libidinal y narcisista del niño, de donde nacen fallos y distorsiones en la organización de su vida mental y en la evolución de sus relaciones objetales –pero sin que por ello sobrevenga una ruptura o descompensación que conllevaría reorganizaciones comparables a las que encontramos en la historia de ciertas psicosis precoces. En las patologías límite, el niño escapa a un corte completo y duradero de la relación con su entorno, se muestra capaz de poner en marcha notables capacidades de adaptación y de recuperación, si bien las aptitudes que desarrolla van unidas a la organización de un funcionamiento en falso-self, según las modalidades descritas por Winnicott.

2. En este tipo de procesos, tienen una notable importancia las alteraciones de la función de contención. Como es sabido, a partir de los trabajos de D.W. Winnicott, W. Bion, y D. Anzieu, la madre sostiene al niño en la apropiación de los esbozos iniciales de su vida mental, le protege de los riesgos de desbordamiento, ejerce una función de para-excitación necesaria para que el niño, a

su vez, interiorice esta función. En las patologías límite, la madre no ha asumido plenamente este sostén y el niño, a su vez, fracasa parcialmente en sus tentativas de construcción de mecanismos de para-excitación. Queda así sometido a la irrupción de mociones pulsionales desorganizadoras, de las que se defiende poniendo en marcha mecanismos de escisión, en particular de escisión del yo, que mantienen defensas arcaicas, y esto en un movimiento que conduce a la construcción duradera de funcionamiento en falso-self. A partir de ello el sujeto no llega a organizar un sistema preconsciente que sea capaz de asegurar las ligazones habituales entre afectos y representaciones y, a causa de estas fallas, fracasan las capacidades de mentalización y se observa un característico predominio de formas de expresión corporales y actuadas.

3. Se observan ciertos componentes en el registro de la transicionalidad, en el sentido de Winnicott. Los objetos transicionales faltan o aparecen escasamente investidos, cambiantes. Paralelamente, la madre no da importancia a su función, hasta el punto de hacerlos desaparecer o de lavarlos. En estas condiciones el niño no accede a una plena capacidad de jugar solo, primero en presencia, y luego en ausencia de la madre. Se organiza así entre ambos protagonistas una relación de dominio y control mutuo en la que el niño parece a la vez dependiente y absorbente. En este contexto, se van a alterar los fundamentos de la vida psíquica que, habitualmente, sostiene el ejercicio del pensar y el placer obtenido del funcionamiento mental. Estos soportes fallan en los niños con patologías límite, heridos en su capacidad de "revêrie", de representación, y de construcción de la novela familiar. No pueden ni domesticar suficientemente la bruta realidad ni elaborar el contenido de impulsos pulsionales arcaicos, condenados a la pura y

simple supresión, que refuerza los mecanismos de escisión y de desligamiento. A causa del desfallecimiento de la transicionalidad, las modalidades adaptativas del niño se ven a veces desbordadas, en circunstancias en las que experimenta una brusca desposesión de su espacio psíquico con una confrontación intolerable a un vacío del pensamiento.

4. Pueden también localizarse otros parámetros clínicos en los defectos de elaboración de la posición depresiva, en el sentido de M. Klein. Ciertamente esta posición es abordada, pero sin que el sujeto llegue a afrontar sus conflictos internos y tampoco a integrar las angustias depresivas y de separación, que van a ocupar un lugar central en la psicopatología. Sin embargo, a pesar de estos fallos y fijaciones, es importante señalar, como elemento positivo, que el niño llega a reconocer a la madre como objeto total y, derivado de ello, accede a un sentimiento de sí mismo con diferenciación entre sí mismo y no sí mismo (self/no self), que marca claramente la diferencia que separa las patologías límite y las organizaciones psicóticas.

Tras haber situado a grandes rasgos las transformaciones fundamentales que afectan y se inscriben precozmente en el proceso de separación-individuación y en la organización del funcionamiento mental del niño, pasaremos ahora revista a los aspectos clínicos más característicos que pueden detectarse en diferentes edades.

ASPECTOS CLÍNICOS

1.º El sufrimiento depresivo:

Ocupa un lugar central desde el punto de vista dinámico, pero la sintomatología varía notablemente de un caso a otro. A veces se expresa a través de afectos dolorosos, ausencia de

ideas y de interés, malestar corporal y por tanto en formas bastante inespecíficas. Más significativas parecen las manifestaciones de repliegue depresivo que testimonian la insuficiencia de investimentos libidinales y los fallos en las aportaciones narcisistas. Finalmente en un escalón superior, se descubren cuadros marcados por un enlentecimiento mayor, el niño queda fijado a aspectos fácticos del ambiente, se encierra en actividades desvitalizadas y estereotipadas, situación que tiene grandes similitudes con el “síndrome del comportamiento vacío” descrito por los psicomaticistas (L. Kreisler, 1985).

2.º Los componentes narcisistas:

Se configuran precozmente en intercambios en los que el niño no está investido ni reconocido como sujeto con una identidad propia, ni sostenido en sus tentativas de acceso a la autonomía. En consecuencia se produce un defecto en la capacidad de interiorización de imagos maternas que, habitualmente, aportan seguridad y pueden compensar las decepciones inevitables que todo niño experimenta en su encuentro con la realidad. Clínicamente el niño se muestra carente de seguridad interna y de fiabilidad; sus representaciones de sí mismo son insatisfactorias desde el punto de vista narcisista; y de la misma manera que no ha podido sentirse amado tampoco puede amarse a sí mismo tal y como se percibe. Queda así comprometida desde su inicio la regulación de su autoestima.

Algunos niños, perciben sus fallas narcisistas, directamente, como una representación de sí mismo inaceptable, que llega a amenazar el sentimiento de identidad propia. En otros niños, a la inversa, aparecen tentativas de negación establecidas contra estas representaciones y contra los sentimientos depresivos que se derivan. Se desarrollan entonces, afirmaciones de poder y de autosuficiencia que llevan hasta el rechazo a someterse a las exigencias de la realidad, en un mecanismo en el que el niño exige “todo y ya”, rechazando así la espera y

las complicaciones que imponen necesariamente los aprendizajes y la realización de los objetivos asignados.

Al mismo tiempo, estos sujetos son incapaces de construirse ideales que les dejen un margen suficiente de libertad: se fijan objetivos megalomaniacos, inalcanzables – y el hecho de dejarse atrapar por estas ilusiones alienantes conlleva una serie de fracasos que originan nuevas heridas narcisistas, repetidas sin cesar. Este proceso refuerza las actitudes proyectivas y alimenta enfrentamientos repetitivos con el entorno, y en este contexto las conductas masoquistas van ocupando un lugar cada vez más importante.

3.º La heterogeneidad estructural

Constituye un componente importante; efectivamente, a pesar de los fallos y las distorsiones que afectan al movimiento evolutivo, se perfilan nuevas aperturas de tipo neurótico: conviene reconocerlas y sostenerlas en sus esbozos, pero también hay que constatar que estas emergencias no permiten un verdadero abordaje de los conflictos estructurantes del deseo y de la identificación. La relación triangular se organiza sólo de forma parcial, permanecemos en el terreno de la pseudo – edificación, de la bitriangulación con el predominio de la relación dual. Aquí, la figura paterna es situada, sobre todo, en una posición defensiva frente a una relación materna a la que permanecen unidas representaciones y angustias arcaicas.

En estas condiciones, estas delimitaciones aseguran un funcionamiento en falso-self en el que se mantienen, yuxtapuestas, posturas irreconciliables, y todo esto sin que exista un conflicto interno, en el sentido de conflicto neurótico (A. Green, 1974). Así, por un lado se desarrollan actitudes de conformismo, e incluso de hiperadaptación, que garantizan el mantenimiento de la unión con los objetos del mundo real, pero al mismo tiempo, persisten modalidades arcaicas de simbolización, de funcionamiento mental y de relación. El equili-

brio establecido entre las dos vertientes es, a la vez, rígido y frágil: la ruptura conlleva fenómenos de desposesión de la vida psíquica, que se manifiestan a través de ataques de pánico o como una invasión de sentimientos mezclados de vacío y de intrusión. Para precaverse, ante estos fenómenos intolerables, el niño tiende a controlar, cada vez de forma más estrecha, sus compromisos relacionales y refuerza habitualmente mecanismos de desligazón que, consecuentemente agravan las fallas estructurales en los soportes del pensamiento y las representaciones mentales.

En este contexto, el no acceder a los conflictos edípicos estructurantes implica, necesariamente, una gran precariedad en la emergencia de un superyo genital evolucionado: los niños no alcanzan la culpabilidad, permanecen confrontados a instancias represivas arcaicas, y a menudo, tienden a quedar a la espera de prohibiciones provenientes del entorno y que juegan un papel de contención de cara a sus desbordamientos.

4.º Trastornos del desarrollo y disarmonías que afectan en las funciones instrumentales y cognitivas.

A veces estos aspectos aparecen muy pronto, principalmente, como trastornos del lenguaje, por un lado, e inestabilidad, por el otro. Pero a menudo, son los trastornos del aprendizaje de la lectura y de la escritura los que llevan a consulta, y por eso ésta suele tener lugar más tarde. En estos casos los intentos de reconstrucción de la historia revelan una gran variabilidad, de un caso a otro, en la expresión de los primeros trastornos, antes de que la patología, diversa, se confirme. A lo largo del desarrollo, la aparición de estas perturbaciones se relaciona a menudo de forma significativa, con los mecanismos centrales que acabamos de repasar: los defectos en el dominio del pensamiento, el enlentecimiento depresivo, la fragilidad de los fundamentos narcisistas, la incapacidad de investir objetos a largo plazo. Por estas razones, estos trastornos no pueden ser equiparadas como deficiencias simples, y tampoco

ser consideradas únicamente desde un punto de vista neurofisiológico y lejos de una visión de conjunto de la problemática del niño. (R. Misès, N. Quemada, 1998).

En cuanto a la evolución hacia un proceso deficitario progresivo (R. Misès, 1975), representa uno de los mayores riesgos; se observa con mucha frecuencia en los medios afectados por la precariedad y la marginalidad. Sin embargo, no afecta a todos los niños con patologías límite: algunos se adaptan lo suficiente a la escolaridad y sacan beneficios narcisistas evidentes, para ellos mismos y para el entorno familiar; pero su éxito depende, en gran parte, de hiperinversiones adaptativas en falso-self, apoyados por los refuerzos que aporta el entorno. En estos casos, el niño depende de un sistema homeostático cerrado que no autoriza las modificaciones propias de la fase de latencia: corre con ello el peligro de encontrar serias dificultades en el momento de la confrontación ulterior a las mutaciones que impone la adolescencia.

Los diferentes parámetros clínicos y psicopatológicos que acabamos de presentar de forma separada, en realidad, son interdependientes mutuamente dentro de un proceso organizador que hay que comprender de forma dinámica, si queremos dar sentido y forma al concepto de patología límite del niño.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y EVOLUCIÓN

Recordaremos simplemente, y en pocas palabras, los principios que guían las intervenciones (R. Misès, 1990).

En primer lugar conviene evitar las medidas puntuales orientadas a paliar los síntomas y los comportamientos considerados aisladamente; siempre es necesario un acercamiento extenso, incluyendo a la familia y al entorno.

Esquemáticamente, se conciben tres formas de intervención:

1. Con algunos niños, detectados pronto y pertenecientes a un medio cooperante, la psicoterapia, con un objetivo

de reorganización y cambio, puede constituir el eje central, pero paralelamente hace falta establecer puntos de apoyo y asegurarse la cooperación del entorno.

2. Por el contrario, en los casos más graves, pertenecientes a los medios más desfavorecidos, se discute entre la orientación hacia un hospital de día o hacia un centro de institucionalización a tiempo completo, con la intención de conseguir un acercamiento multidimensional de orientación dinámica.
3. Pero la mayor parte de los casos se sitúan entre estos dos extremos, abarcando a los niños que todavía son tolerados por sus familias y por la escuela pero ya con patologías severas. Estos niños necesitan intervenciones múltiples y coordinadas –(“en réseau”)–, apoyadas sobre un soporte institucional, tipo unidad de tarde o centro de acogida terapéutica a tiempo parcial (R. Misès, 1993). Recientemente, se han desarrollado estos dispositivos en Francia; se ha puesto en marcha una estrecha cooperación entre sanitarios, profesores, trabajadores sociales, dándole gran importancia al trabajo con los padres. Se pueden llevar a cabo numerosas formas de mediación, que permitan mantener una acción psicoterapéutica a cada una de las partes que intervienen, pero ejerciendo cada uno sus funciones específicas. Luego se tiene en cuenta, simultáneamente, la organización interna del sujeto y su confrontación a la realidad de los objetos del campo familiar y social, de forma que se favorezca el acceso del niño a experiencias vividas que se repiten, en un marco capaz de aportar al sujeto un apoyo, límites y estímulos, a la vez que ofrece al amplio equipo los medios para un apoyo mutuo entre los distintos profesionales que intervienen. En la mayoría de los casos, en el transcurso del tratamiento se puede recurrir a una psicoterapia individual, cuando el poder liberarse del automatismo de repetición

permite acceder a la continuidad en su capacidad de invertir; el niño comienza entonces a interesarse por su vida psíquica y puede hablar de ella, basándose en nuevas formas de funcionamiento mental y de relación que hasta ahora le resultaban inalcanzables. (R. Misès, 1996).

Las intervenciones de este tipo exigen mucho de los equipos concernidos pero dan resultados muy interesantes.

En cuanto a estos, evocaré solamente algunos datos obtenidos de un estudio de una cohorte de 45 niños, seguidos durante varios años por el equipo de la Fundación Vallée, en el hospital de día o en internamiento institucional, que fueron saliendo de alta a lo largo de su adolescencia (R. Misès 1995). Se trataba de las formas más graves por los aspectos sintomáticos y estructurales, por la inconsistencia de su entorno familiar – y también, en un elevado número de casos, por la intrincación de una deficiencia intelectual. De hecho, de los 45 niños, 23 presentaban un C.I. inferior a 70 – de los cuales 10 no superaban los 50 puntos.

De todos estos niños, 36 han evolucionado hacia una reintegración mediante modificaciones de tipo neurótico; sin embargo, a lo largo de la adolescencia, muchos están sometidos a un riesgo de depresión y trastornos narcisistas, riesgo que conllevan también los casos en los que los índices positivos de organización neurótica han ido progresando. Estos jóvenes siguen apoyándose de forma predominante, en mecanismos de escisión, defensas arcaicas y sobre diversos andamiajes relacionales rígidos – pero, paralelamente, se ha confirmado una estabilización positiva con una reducción de los trastornos de la conducta y de las dificultades de aprendizaje. Por último, las deficiencias intelectuales han mejorado notablemente: del conjunto de casos que inicialmente presentaban funciones cognitivas dañadas, el 60% han alcanzado o se han acercado a la media y el 80% han adquirido autonomía en las actividades comunes de la vida social.

Estos efectos favorables del tratamiento aparecen claramente en los resultados obtenidos a la hora de llevar a cabo los intentos de inserción social y profesional propios de la adolescencia. De los 45 niños, el 65% han accedido a un trabajo en un medio normal, el 14 % han optado a puestos de trabajo protegidos, y sólo un 4% ha entrado en instituciones para deficientes mentales.

Los niños tan gravemente afectados como los de este estudio, en ausencia de intervención, tienden a evolucionar espontáneamente hacia patologías severas de la personalidad asociando, en proporción variable, deficiencia intelectual y trastornos de la conducta.

Hay un segundo grupo, bien diferenciado del anterior, formado por sujetos cuyas manifestaciones han quedado desatendidas durante la infancia, debido sobre todo a la hiperaadaptación ligada a su funcionamiento en falso-self. En estos sujetos, en la mayor parte de los casos, los equilibrios adquiridos en la infancia se mantienen e incluso se refuerzan a lo largo de la adolescencia, conduciendo así, discretamente, hacia los estados límites y las patologías narcisistas del adulto. Estudios recientes demuestran que este tipo de desenlace incluye, a veces, durante la adolescencia, restricciones en el acceso a la inteligencia formal y en el desarrollo de las capacidades creativas.

Otro grupo estaría representado, al contrario, por los casos en los que se producen graves cambios evolutivos durante la adolescencia: los aspectos más espectaculares se manifiestan frecuentemente en forma de manifestaciones conductuales actuadas (Ph. JEAMMET, 1985) con trastornos graves del comportamiento, conductas adictivas, anorexia y bulimia compulsiva, manifestaciones autodestructivas. Estos trastornos aparecen relacionados con la fragilidad narcisista, la depresión, los desfallecimientos en el terreno del pensamiento, es decir, los componentes que ya se empezaban a organizar durante la infancia. Los cambios de la adolescencia suponen un verdadero trauma en estos sujetos, que se sienten incapaces de

reorganizar sus relaciones con el entorno y de movilizar los recursos internos, necesarios para el trabajo psíquico que impone, inevitablemente, la adolescencia.

Hay que recordar sin duda, que otros adolescentes pueden también verse comprometidos en actuaciones, que presentan la misma sintomatología, pero que en este caso se deben sobre todo a la actualidad de la crisis, más que a los componentes estructurales preexistentes: estos sujetos –al menos en un principio– tienen un pronóstico más favorable que los casos anteriores.

Otra eventualidad, muy perjudicial, es la evolución hacia la psicopatía (R. MISÈS, 1987); algunas veces, ya desde la pubertad, se perfilan manifestaciones inquietantes, pero, más a menudo todavía, las rupturas del equilibrio son tardías, echándose en falta los mecanismos adaptativos utilizados anteriormente: los puntos de apoyo que constituyen las emergencias neuróticas quedan barridos, por la activación de amenazas depresivas y narcisistas. Defensivamente, el sujeto tiende a desarrollar reacciones de arrogancia, afirmaciones megalomaniacas, enfrentamientos con el medio, mediante los cuales intenta negar su sufrimiento, su falta, sus heridas narcisistas. Refuerza también la supresión ejercida sobre afectos y representaciones, al mismo tiempo que desarrolla un control extremo en sus relaciones con personas. En este caso la partida se desarrolla sin culpabilidad e incluso las tendencias reparadoras resultan duraderamente suprimidas; estos adolescentes rechazan cualquier sumisión a instancias internas y sólo se someten a prohibiciones procedentes del mundo externo afrontándolas con ataques dirigidos precisamente contra las reglas, en un cara a cara sostenido por sentimientos de perjuicio e injusticia y evitando así cualquier restricción a su omnipotencia. En definitiva con estos ataques apuntan hacia la Ley misma en tanto que instancia organizadora.

Es necesario citar aún otros riesgos evolutivos que pueden aparecer sobre este fondo:

1. Algunas depresiones de la adolescencia y de la edad adulta, graves, pero no psicóticas, se incluyen en los cuadros en los que dominan el enlentecimiento, la desvitalización, el desinterés-desinvertidura que aparecen en continuidad evidente con las depresiones que se observan ya en las patologías límite del niño (R. MISÈS, 1997).

Estas formas, a menudo, son clasificadas por los psiquiatras de adultos como “depresiones resistentes”; efectivamente, los medicamentos eficaces en las depresiones psicóticas no tienen suficiente efecto, cuando son utilizados aisladamente, en estos cuadros que necesitan, como en los casos que afectan a niños, abordajes terapéuticos multidimensionales.

2. Además pueden aparecer descompensaciones psicóticas en forma de episodios agudos de tipo delirante o disociativo: su pronóstico, en principio, es favorable pero no podemos descartar sistemáticamente una recidiva posterior.

3. Para terminar, debemos aún evocar la extremadamente infrecuente evolución hacia la esquizofrenia en los niños con patologías límite, en los que los trastornos se han exteriorizado claramente a lo largo de la infancia. Por el contrario, las formas latentes de las patologías límite de la primera infancia plantean problemas interesantes, si recordamos que los aspectos más característicos de la esquizofrenia aparecen en sujetos que, hasta entonces, habían sido considerados como niños dóciles y sin historia, pero, retrospectivamente, esta aparente normalidad es desmentida por la aparición de elementos de extrañeza y bizarrerías, que los autores clásicos mencionan en sus estudios desde hace tiempo.

Esto concuerda con los hechos observados en los niños con patologías límite que quedan atrapados en un rígido funcionamiento en falso-self: resulta sorprendente en ellos el excesivo control ejercido sobre los afectos y sobre los intercambios y lo limitado de sus investiduras. Detrás de la aparente adaptación, estos elementos sirven como testimonio de

la gran vulnerabilidad de estos sujetos a los cambios de equilibrio, que aparecen en una etapa como la adolescencia en la que las actividades del yo, aparentemente normales, pero mal integradas, pueden quedar sustituidas por angustias desorganizadoras que comprometen radicalmente el sentimiento de continuidad de existencia. Considero que estas perspectivas son dignas de interés y justifican posteriores estudios, pero no debemos minimizar la influencia ejercida conjuntamente por otros factores, de carácter relacional o neurobiológico.

En este inventario, demasiado corto, de las diferentes modalidades evolutivas que encontramos en las patologías límite del niño, está claro que la importancia atribuida a la estructura pre-existente no permite mantener una tesis explicativa reductora, de carácter etiológico. Se trata más bien, de enriquecer las perspectivas psicopatológicas, resituando los lazos dialécticos que unen los componentes inscritos desde la infancia, en relación con otros parámetros que posteriormente, van cogiendo forma, en diferentes planos, y todo esto sin olvidar el trasfondo de los componentes transgeneracionales.