

## HIPERACTIVIDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD II: SOBRE LA PERSONALIDAD LÍMITE\*

Alberto Lasa Zulueta\*\*

### INTRODUCCIÓN

La primera parte de este trabajo<sup>1</sup> insistía en que la hiperactividad, desde una perspectiva clínica, se inserta sobre diversos tipos de funcionamiento mental que incluyen otros trastornos o dificultades psico(pato)lógicas, que indispensablemente debemos tener en cuenta a la hora del diagnóstico y de las opciones terapéuticas.

En nuestra experiencia, una de las situaciones clínicas que frecuentemente se acompaña de hiperactividad y déficit de atención, entre otros síntomas, es el denominado trastorno límite de la personalidad.

---

\* Este segundo artículo es la continuación del publicado en el año 2001, (número 31, 32) siendo el resultado de la revisión y actualización de la 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.

\*\* Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Comarca Uribe Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Correspondencia: c/. Alangobarri, 7 bis - 48990 Getxo. Vizcaya.

1 Lasa A., Hiperactividad y trastornos de la personalidad: I. Sobre la hiperactividad, *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 31/32, (2001).

Este concepto, tras un largo período de desarrollo teórico-clínico que trataré de recorrer, se ha ido abriendo camino en la práctica psiquiátrica, aunque todavía está lejos de ser reconocido y aplicado de forma homogénea y generalizada, y de ahí el interés de delimitarlo y definirlo. Trataré también de analizar las razones por las que los trastornos de la personalidad del niño están teniendo dificultades para consolidarse en tanto que diagnóstico “sólido”.

Convencido de que la práctica clínica confirma la consistencia y la persistencia de este tipo de funcionamiento mental y de sus características psicopatológicas estructurales, trataré de abordar además su articulación con la hiperactividad y las implicaciones terapéuticas que esta forma de comprensión conlleva.

## **EL CONCEPTO DE PERSONALIDAD LÍMITE EN LA PSIQUIATRÍA DEL ADULTO**

Ante todo conviene aclarar la existencia de múltiples términos equivalentes, desde la utilización directa del término inglés, “personalidad border-line”, hasta otras traducciones diversas tales como personalidad “límitrofe” o “fronteriza”. Otra variante es la expresión “trastorno límite de la personalidad” o similares, que ya explicitan con la mención “trastorno” que se está aludiendo a una personalidad que implica una psicopatología o al menos una “desviación” respecto a personalidades “normales” o “mejor adaptadas”. Probablemente ya en la denominación aparece la dificultad de delimitar si se trata de un problema “categorial”, un tipo de personalidad específico y distinto de los demás, o “dimensional”, mayor intensidad o prevalencia de ciertos mecanismos psíquicos o rasgos de carácter presentes también en otros tipos de personalidad normal o patológica.

De todos modos los términos “límite” o “frontera” señalan varias diferenciaciones, o superposiciones, posibles: entre normal y patológico, entre neurosis y psicosis, o entre pasajero

(evolutivo) y persistente (incluso irreversible). Cuestiones cuyo interés es además de teórico también de orden clínico, pues recaerá sobre todo en la elección de las opciones terapéuticas y en el pronóstico emitido.

En cualquier caso, conviene precisar que el término que se ha consolidado no se refiere a formas intermedias, “más o menos indefinidas”, sino a una verdadera entidad psicopatológica, aunque también es cierto que su descripción suele ser heterogénea por mezclar la semiología médica propia de la nosografía psiquiátrica (síntomas integrados en un síndrome) con criterios psicoanalíticos (funcionamiento mental y mecanismos psíquicos subyacentes). Como es sabido, los sistemas actuales de clasificación diagnóstica (DSM-IV, CIE 10) están tratando en sus sucesivas versiones de delimitar un lenguaje común, aunque por ahora los resultados son insatisfactorios en lo referente a los trastornos de la personalidad del adulto y casi inexistentes en lo que respecta a niños que, por el contrario, sí han merecido más atención en la denominada Clasificación Francesa (de los trastornos mentales de niños y adolescentes).

Desde una perspectiva histórica, en la literatura psiquiátrica referida al adulto, y a partir de la primera aparición del término “borderline” en la literatura médica, (Hughes, en 1884 y en Estados Unidos, para designar los casos de síntomas somáticos asociados a afecciones psiquiátricas), luego olvidado hasta la segunda guerra mundial, una larga lista de términos ha sido utilizada para describir, con unas similitudes clínicas constantes, una realidad clínica que parecía escapar a su inclusión en las categorías diagnósticas clásicas. (CHAINED y GUELFY, 1999).

Para BERGERET es Eisenstein, en 1949, quien utiliza por primera vez el término “border-lines” en su sentido actual, para designar la evidencia clínica de cuadros que no encajaban ni en el “linaje psicótico” ni en el “linaje neurótico”. (BERGERET, 2000). Contabiliza también hasta cuarenta términos diagnósticos utilizados por la psiquiatría (del adulto) para repertoriar

estos cuadros, que tipifica según que aludan a las diferentes nociones de:

- “*Personalidad*” patológica o “caracterial” (evitando con ello la noción de “estructura” psicopatológica).
- Posición “*paraesquizofrénica*” (cercana a la esquizofrenia).
- “*Prepsicosis*” (tanto referida a estructuras psicóticas compensadas, como a organizaciones no psicóticas que pueden eventualmente evolucionar hacia una verdadera psicosis).

Como describí en la primera parte ya citada, haciendo una revisión histórica del concepto de hiperactividad, desde el siglo XIX y a lo largo del XX se observan dos líneas claramente diferenciadas. Una la constituida por la psiquiatría franco-alemana, que tiende a describir entidades nosográficas “estructurales” basadas en la comprensión de mecanismos psicopatológicos, y la otra, la de la psiquiatría anglosajona, que prefiere el pragmatismo de la observación directa de síntomas y su descripción semiológica. En ambas se desarrolla una preocupación “moderna” por conceptualizar un problema clínico de extensión progresiva, la existencia de trastornos de carácter y conducta y de “personalidades patológicas” que no pueden ser incluidas en las categorías bien conocidas de neurosis y psicosis.

En la psiquiatría francesa y alemana son numerosos los autores que necesitaron acuñar términos nuevos para designar cuadros clínicos atípicos que no encajaban en la categoría de demencia precoz/esquizofrenia, descritas por Kraepelin y Bleuler, que se mostraron reacios a la individualización de lo que para ellos eran formas clínicas “atenuadas” o intermitentes” de la entidad que habían descrito. Pero no pensaba así MAGNAN (1893), que describió los “delirios curables” cuya evolución denotaba para él que se trataba de una enfermedad diferente. Asimismo KAHLEBAUM (entre 1885 y 1890), diferencia las “heboidofrenias” de las demencias precoces, caracterizándolas por su propensión a la delincuencia y la prevalencia de

trastornos caracteriales que no se acompañan de deterioro progresivo. KRETSCHMER (1921), describe un carácter patológico, la “esquizoidia”, ligado al biotipo leptosomático predisponente a la esquizofrenia, en el cual la inhibición asociada a la impulsividad conduce a la inadaptación social, sin que se presente proceso disociativo alguno. También MINKOWSKI (1924), en Francia, desarrolla este concepto y CLAUDE (1924) el de las “esquizosis”, que sitúa entre psicosis y neurosis, y entre las que individualiza la “esquizomanía”, caracterizada por la desadaptación a la realidad, la impulsividad, las bizarrerías de comportamiento y el autismo (posteriormente y aún en la actualidad el término de “esquizomanía” describe un cuadro clínico con sintomatología mixta, –en parte esquizofrénica y en parte maníaca–, incluíble para ciertos autores dentro del espectro esquizofrénico e incluso aceptada como forma clínica “mixta”, “afectiva” o “esquizomaniaca” de la esquizofrenia).

CLAUDE (1939) y luego EY (1955), desarrollan el concepto de “esquizoneurosis”, estados caracterizados por la coexistencia de comportamientos neuróticos con descompensaciones psicóticas en forma de “bouffées” delirantes o de episodios discordantes (disociativos), que para Ey suponen “el final de un proceso que entraña la dislocación brusca de un sistema neurótico hasta entonces bien organizado”.

La existencia de formas clínicas de transición, entre psicosis y neurosis, también es reconocida por otros autores, que sin embargo, prefieren mantenerlas vinculadas a una naturaleza de tipo esquizofrénico: “esquizofrenia ambulatoria” de ZILLBOORG (1941), “esquizofrenia pseudoneurótica” de HOCH y POLATIN (1949), “estados mixtos y transicionales esquizofrénicos” de PALEM (1958).

Todos los autores citados describen, en síntesis, dos tipos de estados mixtos “esquizoneuróticos”: los que conllevan la transición desde la disociación “esquizofrénica” a una adaptación a la realidad “neurótica” y los que se caracterizan por una “inestabilidad estable”, es decir permanente, que no conlleva un grado de disociación comparable a los anteriores.

La ausencia de disociación es aún más clara en otros cuadros clínicos: “psicópatas” y “mitómanos” de DUPRÉ, “personalidades psicopáticas” de SCHNEIDER, “paranoia sensitiva” de KRETSCHMER, descripciones más semejantes aún a las personalidades límite actualmente descritas.

Desde una perspectiva psicoanalítica, es a partir de los años 40 y en los Estados Unidos cuando el concepto de patología borderline resurge para distinguir neurosis y psicosis. En particular por la constatación de la aparición en los tratamientos de pacientes neuróticos, de formas de transferencia que, por distorsionar la percepción de la realidad y dificultar extremadamente la relación terapéutica, se asemejaban al funcionamiento psicótico. La necesidad de detectar los elementos clínicos que permitían predecir el riesgo de una “psicosis transferencial” y su manejo técnico, se convirtió en una prioridad teórica y clínica.

STERN, en 1936, consagra el término “borderline” describiendo las características de estos pacientes: sentimiento difuso de inseguridad, hiperestesia afectiva, desfallecimiento de la estima de sí mismos, todo ello atribuido a una carencia narcisista fundamental.

Helene DEUTSCH (1935,1942), describió bajo la denominación de personalidades “como si” (“as if”) sujetos que, bajo apariencia de normalidad, presentan una falta de autenticidad en sus relaciones, derivada de serias distorsiones en la interiorización<sup>2</sup> de relaciones de objeto precoces. También WINNICOTT desarrollaría posteriormente la descripción de las personalidades “falso self” caracterizadas por una hiperadaptación a las exigencias externas, una falta de sintonía con sus sentimientos íntimos y un “desconocimiento” de los aspectos más auténticos de su propia personalidad.

---

2 Siguiendo la traducción que hacen Laplanche-Pontalis, denomino así al concepto que corresponde al original en inglés “internalization” (a veces castellanizado como tal: “internalización”). A señalar que estos autores lo hacen también sinónimo de “introyección”.

EISENSTEIN (1949, 1951) Y BICHOWSKY (1953), insistieron en el riesgo de descompensaciones psicóticas transitorias, sobre todo cuando el tratamiento psicoanalítico se realiza sin preparación previa.

Posteriormente ciertos autores se preocuparon por distinguir las personalidades límite de las psicosis, puesto que se describían bajo este concepto tanto pacientes con una sintomatología psicótica que remitía rápidamente, como otros que de forma estable se mantenían en un funcionamiento intermedio entre psicosis y neurosis. WOLBERG (1952) y FROSCHE (1964) precisaron que presentaban, de forma estable, en sus relaciones interpersonales mecanismos repetitivos de índole sadomasoquista, semejantes a una relación padre-niño ambivalente, así como un predominio de defensas más arcaicas que las utilizadas por pacientes neuróticos y, contrariamente a los psicóticos, un criterio de realidad preservado. PARKIN (1966), insistió en que no son sus síntomas lo característico, sino el estado permanente de transición en el que los mecanismos neuróticos sirven de defensa contra la desorganización psicótica.

Otros autores trataron de definir las características del Yo del borderline para postular que sólo una definición metapsicológica permite confirmar el diagnóstico. KNIGHT (1953) insistió en la alteración de las funciones normales del Yo: debilitación severa de los procesos secundarios de pensamiento, de la integración, de la capacidad de elaborar proyectos realistas, de la adaptación al entorno, del mantenimiento de relaciones objetales, y de las defensas contra impulsos primitivos inconscientes. SCHMIDEBERG (1959) describe los estados límite como una organización “estable en su inestabilidad”, “límite de las neurosis, de las psicosis psicógenas y de la psicopatía”, insistiendo en “el defecto de modulación emocional y de tolerancia de la angustia y afectos depresivos, sus comportamientos excesivos y tendencias a la acción destinados a luchar contra el vacío interior, su intolerancia a la frustración y sus trastornos en la capacidad de realizar juicios

razonables". MODEL (1963) propone la descripción del comportamiento del "puerco espín" para ilustrar el estilo de relación anaclítica en la que coexisten la necesidad de protegerse ante la angustia, que acompaña a cualquier acercamiento, y la fragilidad identificatoria. GRINKER, WERBLE y DRYE (1968) tras un análisis multifactorial identifican cuatro componentes fundamentales: agresividad, modo de relación anaclítica, trastorno de la identidad y un tipo particular de depresión.

Múltiples autores, sin atribuirle un carácter de factor exclusivo, insisten en el papel etiopatogénico que juegan las carencias afectivas maternas. MASTERSON (1971) centra su concepción del trastorno en la depresión de abandono y el repliegue maternal ante las necesidades libidinales del niño en el estadio precoz de "separación-individuación" (descrito por Margaret MAHLER). ERIKSON (1956), GREENSON (1954, 1958), y JACOBSON (1964), continuando a autores como H. DEUTSCH Y FAIRBAIRN, contribuyen a la comprensión de la configuración patológica y caótica de las relaciones interiorizadas de objeto y de la utilización de mecanismos de defensa específicos, y en particular de la escisión.

KOHUT (1971, 1977, 1980), partiendo de su particular interés y experiencia con la patología narcisista, describe la fundamental incapacidad de las personalidades límites para regular su autoestima y su necesidad de confirmar una imagen grandiosa de sí mismos, insistiendo también en el papel patógeno que en la psicogénesis de ambos tipos de personalidad juegan las decepciones narcisistas y las distorsiones en la estructuración de la personalidad derivadas de la ausencia de empatía y de la inadecuación a las necesidades del niño por parte de los padres.

O. KERNBERG (1975, 1977, 1978), que no comparte esta visión etiopatogénica de Kohut, insistirá en que las distorsiones relacionales precoces están condicionadas por las características estructurales del Yo, e insiste en que las considera patológicas ya en la infancia, tanto en el niño borderline como



en el narcisista. Sus contribuciones psicoanalíticas han supuesto una aportación definitiva y universalmente aceptada para la comprensión de los aspectos estructurales de la personalidad borderline y para una teoría general y multidimensional de la organización de la personalidad. Como se detalla más adelante, propone una triple perspectiva (descriptiva, estructural y psicoanalítica), prestando particular atención a las características de las relaciones objetales, externas e internas, que establecen.

En Francia, desde los años 70, J. BERGERET viene desarrollando una teoría general, y original, de la “organización límite de la personalidad”, que entiende como una “tercera línea psicopatológica” (entre neurosis y psicosis), en la que a partir del “tronco común del estado límite” describe una serie de formas clínicas evolutivas, más o menos cercanas a las neurosis y las psicosis, junto con “reorganizaciones de tipo caracterial o perverso”. Apoyándose en aportaciones teóricas previas, Bergeret resalta el parentesco entre el funcionamiento border-line y la “*relación de objeto pregenital*” descrita en los años sesenta por M. BOUVET y caracterizada por: predominio de pulsiones orales y anales; estrecha dependencia del yo hacia sus objetos; violencia y desmesura de afectos y emociones; amor posesivo y destructor; interferencia continua en el criterio de realidad de deformaciones proyectivas; mantenimiento de un cierto criterio de realidad “pseudo-objetiva” gracias a la utilización de defensas que mutilan al funcionamiento psíquico.

También A. GREEN ha desarrollado su particular comprensión de los *fenómenos “arcaicos”* que caracterizan este tipo de funcionamiento psíquico.

D. WIDLOCHER (1973), ha delimitado con particular precisión psicopatológica la “*organización límite*”, prefiriendo este término al de “estructura”. Ésta y otras aportaciones de autores (DIATKINE, LANG, LEBOVICI, MISÈS) que han abordado la cuestión desde su experiencia clínica con niños, reciben particular atención y espacio más adelante.

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Pese a la multitud de trabajos existentes, la gran variedad de las referencias teóricas en que se basan y la multiplicidad de las metodologías que utilizan, hace que resulte muy difícil comparar sus resultados y conclusiones.

Su prevalencia ha sido estimada entre el 0,2 y el 2 % de la población general y en torno al 15 % de entre los consultantes de servicios psiquiátricos (WIDIGER y FRANCES, 1989; CHAINE y GUELFY, 1999).

Muchos estudios han resaltado su asociación con trastornos afectivos depresivos y con una mayor incidencia de suicidios, así como de abuso de alcohol y sustancias tóxicas (en el hombre) y de trastornos de la alimentación de tipo bulímico (en la mujer). Es muy frecuente su asociación con otros rasgos patológicos de personalidad, en particular de tipo antisocial. Tanto la asociación con trastornos depresivos como con rasgos antisociales, han sido consideradas como factores pronósticos negativos en estudios a largo plazo, al igual que el antecedente, más frecuente que en otros trastornos, de haber sido víctimas en su infancia de violencia y maltrato parental o de abusos sexuales (GRINKER, 1977; McGLASHAN, 1987; STONE, 1989,1993).

Numerosos autores señalan la relación entre el trastorno límite de personalidad, la (su) vulnerabilidad depresiva y los traumatismos precoces y la mayor frecuencia de separaciones y pérdidas precoces, de fracasos conyugales en la pareja parental, y de maltrato físico y sexual (SOLOFF y MILLWARD, 1983, ZANARINI y Cols., 1993). Hay también datos evidentes acerca de la repercusión de la violencia física y el abuso sexual, sobre todo en el marco familiar, sobre el sentimiento difuso de identidad, la inseguridad básica y la incapacidad de anticipar las intenciones del otro (ZANARINI y cols., 1979; HERMAN y cols., 1989).

En esta línea merecen particular atención los recientes trabajos de FONAGY y TARGET (1997), en los que describen lo que denominan “función reflexiva” (*reflective function*). Se trata

de un proceso inconsciente que se genera en las interacciones precoces entre niño y madre, cuando ésta desarrolla una función especular “reflejando”, “reflexionando” (y reaccionando) con sus actitudes y gestos (y con sus contenidos mentales y capacidad de contención) a las propuestas del bebé. La madre puede servir así de modelo para la regulación emocional y la interiorización de esta función es primordial para el desarrollo afectivo del niño. Un vínculo caracterizado por la inseguridad o la inadecuación en la madre, al impedir esta función, dificulta la interiorización de la capacidad de regulación emocional del niño y marca su modo de apego, su capacidad de reconocer tanto sus propios afectos como los de la persona con la que se relaciona, y puede condicionar el “sentimiento de alienación profunda de su self” que estos autores describen en los trastornos de la personalidad. Cuando los vínculos precoces son muy desorganizados, el niño es incapaz de predecir las reacciones de las personas que le cuidan, y tiene que hacer, para comprenderlas, un sobreesfuerzo con gran desgaste y sufrimiento psíquico, que repercute en la organización de su personalidad pudiendo distorsionar severamente su capacidad de percibir y de expresar sus necesidades afectivas.

En definitiva, a través del tratamiento de sujetos (adultos) con trastornos de la personalidad, estos autores tratan de entender y teorizar, las características de sus relaciones precoces y de los procesos de interiorización (y de identificación) que han basado la organización precoz de su personalidad, señalando en particular la confusión de los borderline a la hora de integrar y estructurar mentalmente sus experiencias afectivas tempranas, caracterizadas muy frecuentemente por ser muy traumáticas, y en consecuencia confusión también al recordarlas, expresarlas y modularlas a la hora de experimentar nuevas relaciones, siempre marcadas por una actitud de alerta temerosa.

## EL CUADRO CLÍNICO

### 1) La sintomatología típica

Aunque puede aparecer cualquier sintomatología por variada que sea, existe un consenso claro en cuanto a las manifestaciones más típicas.

La *angustia* permanente puede manifestarse tanto en forma de malestar permanente e impreciso como en manifestaciones agudas e intensas acompañadas de manifestaciones somáticas (“ataques de pánico”), llegando hasta el estupor y la despersonalización. Más específicamente es su carácter imprevisible, invasivo y difuso lo que, junto con la imposibilidad de representarla mentalmente y de nombrarla y darle forma a través de la expresión verbal, la hace incontrolable. No suele llegar habitualmente a la angustia psicótica (de fragmentación, desmembramiento, explosión mental, etc.) porque los límites del yo respecto al otro y al mundo externo, todavía se mantienen. Tampoco se trata de una angustia neurótica, ligada a sentimientos de incapacidad-fracaso (castración) y culpa, que es más fácilmente expresable, explicable y reconocible. Cuando es formulada lo es en forma de temor a la pérdida de objeto y sentimientos de abandono, y a la pérdida de coherencia mental. En consecuencia se vive una desesperada sensación de necesidad de ser comprendido y atendido “absolutamente” e “inmediatamente”, lo que añade urgencia y catastrofismo pasional a cualquier relación hipertrofiando su importancia (y afectando también a la relación terapéutica en su intensidad transferencial). En definitiva es una agustia, difusa y permanente, que supone un desgaste y un fracaso de la economía psíquica, lo que explica su mutiplicidad sintomática, que se intensifica y emerge intermitentemente en los episodios más agudos.

La *sintomatología “neurótica”* muestra que cierta organización y mecanismos neuróticos, aunque flaquean, se mantienen. En las manifestaciones fóbicas predominan las referidas al

cuerpo y a su percepción (fobia a ser visto o a hablar, enrojecer en público) y se acompañan de ideas autorreferenciales. Las manifestaciones obsesivas (fobia-rechazo a la suciedad) pueden también adquirir matices persecutorios. Ambos tipos de fobias se estructuran a veces en agorafobias masivas, que limitan sus posibilidades sociales y pueden llegar a ser invalidantes. Los rituales obsesivos, habitualmente justificados por racionalizaciones masivas y por ello egosintónicos, suelen estar exentos de la sensación de asedio, y de lucha activa contra ellos, así como de los mecanismos defensivos más propios del obsesivo neurótico (anulación retroactiva, aislamiento, maniobras sustitutivas de autopunición, etc.). Las manifestaciones histéricas suelen carecer de componentes de erotización y fantasías de seducción y tienen más bien un carácter agresivo y de manipulación desesperada (y desesperante). Cuando aparecen síntomas de conversión a menudo son variopintos y múltiples con componentes disociativos (episodios crepusculares, obnubilación y trastornos del nivel de conciencia). Las manifestaciones hipocondríacas suelen caracterizarse por la angustia subyacente ya descrita y por la exigencia, desesperada y catastrófica, de atención (que a menudo se transforma en una actitud manipuladora, atemorizante o amenazante).

Los *trastornos (tímicos) del humor* son tan frecuentes que para los autores con una perspectiva biológica, son la base etiológica e incluso la “verdadera entidad nosológica” del cuadro clínico. Otros con distinta perspectiva, por ejemplo BERGERET, también piensan que la prevalencia de la depresión es un elemento estructural fundamental del cuadro clínico.

Aspectos más específicos de la depresión “límite” son: la habitual ausencia de enlentecimiento motor, la desadaptación severa derivada de su peculiar o ausente criterio de realidad, y el predominio de sentimientos de irritación, cólera, odio o rabia en lugar de la culpabilidad e inhibición típicas. Y desde una perspectiva relacional, el sentimiento de desesperación y de impotencia ante objetos inaccesibles o “inabordables”, que traducen su necesidad, búsqueda –y decepción– de objetos

idealizados. En consecuencia los actos heteroagresivos o autoagresivos (suicidios por decepción-despecho-venganza) son más frecuentes porque más frecuente es también la vivencia de hecatombe narcisista (“nadie me atiende, me conoce, me quiere”) que acompaña a sus repetidas decepciones.

Los *comportamientos impulsivos* y descontrolados suelen condicionar su inestabilidad relacional y socio-profesional. Los actos autoagresivos (tentativas de suicidio y otros ataques a su propio cuerpo, sobredosis de tóxicos diversos, borracheras patológicas y con conductas de riesgo, actividades extremadamente peligrosas y/o accidentes repetitivos, crisis bulímicas, ciertas promiscuidades sexuales de riesgo) y heteroagresivos (agresiones físicas, accesos clásticos, robos “vengativos”, acusaciones y difamaciones, etc.) condicionan frecuentemente su estilo relacional y de “comunicación” afectiva.

Las conductas de dependencia tóxica (alcoholismo y otras toxicomanías); –con la ilusión de dominar así el displacer y la insatisfacción somato-afectiva, gracias a una substancia, supuestamente controlable y disponible siempre–; proporcionan una “prótesis exterior” (O. Kernberg) a su permanente insatisfacción (narcisista) consigo mismos.

El mismo motivo subyace en su frecuente recurso a relaciones de promiscuidad, impulsivas y caóticas (tanto hetero como homosexuales), sin progresión ni futuro alguno, y a menudo con incorporación de prácticas perversas (sado-masquisimo y otras desviaciones pulsionales: micción, defecación). Bergeret ha insistido en relacionarlo con su estilo de relación “anaclítico”, caracterizado por la espera pasiva de satisfacción absoluta y la manipulación agresiva del otro, con imposibilidad de aceptar que se distancie o retrase en su disponibilidad, que (idealizada) debe ser total. Esta relación reproduciría el estilo de relación precoz narcisista-oral, que oscila entre el deseo-temor de fusión y de huida, de dependencia y abandono, que no tiene salida por la imposibilidad de satisfacer una necesidad afectiva insaciable. La desesperación y los actos agresivos son la consecuencia inevitable de tal imposibilidad.

Esta avidez afectiva, que acompaña y colorea la ansiedad de estos pacientes, es bien conocida en los servicios de urgencia, en los que recibe adjetivos variados (“manipuladora”, “absorbente” “insufrible”) cuando, con frecuencia, presentan *descompensaciones agudas*.

El ya citado paso al acto autoagresivo o suicida, que se acompaña de una intensa demanda de comprensión y atención, es la más frecuente. Las crisis agudas de angustia, a veces con episodios de confusión y despersonalización, las experiencias paranoides sin alucinaciones (ideas de autoreferencia, sospechas y temores amenazantes) y los pensamientos bizarros (pensamiento mágico, percepciones telepáticas, vivencia de desdoblamiento, etc.) son frecuentes y deben distinguirse por razones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas de la esquizofrenia. En particular es fácil, y suele ser frecuente, confundir los fenómenos o síntomas mentales, ideativos, y los sensoriales, alucinatorios. Por ejemplo, cuando alguien dice “oír” (en realidad, imaginar) una canción en la que se le alude “se habla de mí, se refiere a mí” (autoreferencia ideativa) y debe diferenciarse de: “me están hablando a mí” o “quieren hablar conmigo” (alucinación auditiva).

A veces la propia clínica ayuda al diagnóstico diferencial porque tanto la remisión espontánea de la sintomatología, como su labilidad y polimorfismo, así como un análisis psicodinámico de sus características relacionales y de su demanda afectiva, y la reorganización rápida de su capacidad de relación y de ajuste a la realidad, permiten descartar la psicosis.

## **2) La organización psicopatológica (o la estructura metapsicológica)**

Ciertas simplificaciones que limitan la psicopatología de la personalidad a la catalogación de conductas problemáticas y su explicación etiológica a una visión reduccionista, que las hace depender directa y exclusivamente de los rasgos tempe-

ramentales y a éstos, a su vez, de factores biológicos determinados genéticamente, han facilitado una visión determinista de la personalidad, que resultaría de componentes biológicos innatos (agresividad, irritabilidad, intolerancia a la frustración, etc.) que se supone que serían inmodificables y que, deslizándose ya hacia teorías más impregnadas de una ideología racista, estarían vinculados a factores genéticos ligados a determinados colectivos raciales.

Sin embargo, los estudios clínicos realizados en las últimas décadas han revalorizado la comprensión psicodinámica y sus perspectivas más amplias que abren la complejidad de los factores determinantes del comportamiento, vinculándolo no solo a lo biológico-temperamental sino también a las interacciones precoces y a los procesos de interiorización (y de identificación) vinculados a la biografía socio-familiar, y por tanto relacional, que marca el desarrollo infantil.

Particular interés y reconocimiento han recibido las teorías basadas en la comprensión y análisis de las modalidades de “relaciones de objeto internalizadas” (interiorizadas), cuyo máximo representante es O. Kernberg. Para este autor la estructura específica de la personalidad borderline puede delimitarse, a partir de la observación clínica, con parámetros metapsicológicos que describe muy claramente, inspirándose en teorías objetales derivadas del pensamiento kleiniano.

Una primera dimensión psicodinámica fundamental es la fallida *integración del Yo*, que se evidencia en múltiples manifestaciones, no específicas, de su debilidad: escasa tolerancia a la ansiedad, falta de control pulsional, carencias en los mecanismos de sublimación, fallos en la diferenciación self-objetos externos con la correspondiente disolución de los límites del yo. En su conjunto componen los que Kernberg ha denominado el “*síndrome de difusión de la identidad*” (o “*identidad difusa*”) que describe como: “la ausencia de un concepto integrado de sí mismo (del self) y de un concepto integrado de los objetos en relación consigo mismo (con el self)”. Aunque, como en el registro neurótico, las fronteras del Yo se mantie-



nen, al menos en ciertas áreas de funcionamiento, permitiendo cierta diferenciación entre las imágenes de sí mismo y de los objetos, sin embargo ésta puede fallar en las relaciones interpersonales cercanas, que pueden entonces adquirir características psicóticas. Las alteraciones profundas en la internalización de las relaciones de objeto, y en su representación mental, afectan también a la capacidad de abstracción y de adaptación a la realidad. Así ocurre en la “psicosis de transferencia” frecuente en estos sujetos, o en la realización de pruebas proyectivas cuando la emergencia de fantasías arcaicas altera su capacidad de pensar y de adaptarse a la realidad externa.

Otra característica es el predominio de *mecanismos de defensa arcaicos* (denominación mejor que la de “psicóticos”, porque evita cierta confusión diagnóstica). A diferencia de los mecanismos de sujetos neuróticos, organizados en torno a la represión, los pacientes límite recurren, para protegerse frente a la invasión pulsional, que activa una angustia de fragmentación tanto de su self (o sea de su coherencia mental) como del objeto externo, a mecanismos basados en la *escisión*. Gracias a ella separa, precaria y artificialmente, sus representaciones internas idealizándolas (distorsión de la realidad) en buenas y malas y ligándolas a la pulsionalidad libidinal y agresiva. Así protege a su frágil Yo de verse invadido por la angustia, fundamentalmente evitando la confrontación con su propia ambivalencia y el sufrimiento depresivo, afectos que amenazarían de destrucción su propia integridad y la de cualquier objeto vinculado afectivamente (en una relación interpersonal). Este “desconocimiento” de sus afectos, a veces reconocidos intelectualmente, pero imposibles de vivir y ser expresados, implica mecanismos de *negación* que afectan tanto a elementos intrapsíquicos (negativa a percibir como propios sus deseos, sentimientos o pensamientos) como a la percepción e interiorización de las exigencias de la realidad externa (dificultando así la diferenciación interno-externo y con ello su integración en un *super-Yo* que quedará *mal estructurado*)

Conforme ya describió Melanie Klein, cabe subrayar el carácter normal de estos mecanismos “psicóticos” en los momentos precoces de constitución del psiquismo, en los que el bebé, incapaz de integrarlos, necesita separar lo “malo” para impedir que le invada y contamine, y así proteger; lo “bueno”. Esto conlleva una percepción maniquea e inestable del mundo, que oscila entre lo “idílico” y lo “catastrófico”, con intenso acompañamiento afectivo de amor y odio, en función de los vaivenes pulsionales y de las insatisfacciones que conllevan. En los momentos de intensa decepción relacional, la escisión opera una separación entre el sentimiento idealizado de sí mismo (imagen regresiva idealizada y grandiosa) y la desvalorización masiva del objeto (idealizado negativamente como culpable de todo malestar y “merecedor” de odio y castigo), y el resultado de esta operación es la facilitación de un paso al acto “justificado” por esta particular percepción de los sucesos reales, muy distorsionada afectivamente por la “ceguera pasional” con la que se viven estos fracasos de la satisfacción (desesperadamente) esperada.

Aunque el destino, inconsciente, de esta operación es evitar la angustia de fragmentación, la precariedad de la escisión es tal, (porque la amenaza, por ser interna, sigue persistiendo), que la inseguridad respecto a las garantías del mundo externo y la angustia difusa se siguen manifestando e, imposibles de ser controladas, mantiene al sujeto en la incertidumbre de su propia (in)coherencia, y de su imposibilidad de mantener, como si pudieran ser inamovibles, tanto su estabilidad y como la del mundo externo.

Por eso necesita recurrir a mecanismos de *idealización primitiva*, separando los objetos “buenos e ideales” de la amenaza de contaminación y destrucción por parte de los “malos”. Esta nueva escisión, también ineficaz, porque nadie ni nada satisface permanentemente, desencadena reacciones de rabia destructiva y de rechazo masivo de reconocer la negación previa que permitía la idealización (“nunca he pensado nada bueno de tal persona, siempre la he odiado, siempre he sabido

que no debía confiar en ella porque siempre me ha engañado”). La inestabilidad y las rupturas catastróficas en el terreno relacional con la consecuencia.

Los aspectos negativos, peligrosos, de sí mismo son, además de separados (escindidos), expulsados al exterior y proyectados en otras personas, que se convierten así en amenaza externa. Con esta “*identificación proyectiva*” se crea una nueva, y también frágil, ilusión, que hace creer que es más fácil controlar y evitar la amenaza externa (cuando en realidad está dentro del sujeto, y es imposible hacer desaparecer lo que es parte íntima de su psiquismo).

La necesidad, para sobrevivir, y la fantasía grandiosa de poder dominar y controlar totalmente al objeto externo, necesita articularse en un *sentimiento de omnipotencia propia inseparable de la desvalorización, desprecio y rechazo del objeto* en cuanto se niega a la gratificación, tanto si es explícitamente demandada como silenciosamente esperada. Melanie Klein asoció genialmente idealización y envidia (“la envidia destructiva ataca a lo más creativo”) al detectar que es el objeto idealizado poseedor de todo lo que gratifica quien, precisamente por ello, es víctima del deseo de ser desposeído, de todo, robado y usurpado en su lugar por quien le desea con avidez. En la misma línea, O. Kernberg ha insistido en la importancia psicogenética, en la distorsión tanto en la percepción de la realidad como en la representación de los objetos internos (internalización), de la agresividad y destructividad oral, y de los sentimientos y actitudes de rabia hostil y arrogancia que condicionan<sup>3</sup>.

Ambos autores han insistido también en que como resultado de ello se ve afectado el criterio (de percepción) de la realidad. Aunque se diferencia de la disociación psicótica, tanto la percepción de sí mismo como del otro, sobre todo en lo que concierne a como se viven las relaciones más cercanas y significativas, sufre severas distorsiones.

---

3 Y su principal crítica a la teoría y técnica de Kohut es que deja de lado, en su teoría y en su técnica, estos aspectos psicogenéticos y transferenciales.

Lo que la perspectiva de Kernberg (y otros autores psicoanalíticos) aporta a la comprensión psicopatológica de la estructura de la personalidad límite (o si se prefiere de sus características psicopatológicas prevalentes) puede resumirse en los siguientes puntos:

### **1. Labilidad del funcionamiento yoico (“yo débil”)**

- Desbordado por la intensidad, mal tolerada, de afectos y emociones.
- Tendencias impulsivas descontroladas.
- Carencia de recursos de canalización y sublimación.
- Identidad inconsistente: “difusión de identidad”. Caracterizada por su indefinición e inconstancia: “falso self”, pseudoidentidad, imitaciones superficiales.

### **2. Mecanismos de escisión – Oscilación estados afectivos**

- Alternancia idealización-omnipotencia-euforia y desvalorización-desprecio-depresión.
- No diferenciación interno/externo y alteración del criterio de realidad.
- Fallos integración y funcionamiento del superyo.

### **3 Relaciones de tipo anaclítico**

- Extremada dependencia y sensibilidad a la separación.
- Intensos deseos de relación fusional y correlativos temores de intrusión e influencia.

## **EL DIAGNÓSTICO Y SUS DIFICULTADES**

Pese a la clara delimitación clínica descrita, el reconocimiento y clasificación diagnóstica de la personalidad límite como entidad psiquiátrica diferenciada ha transcurrido entre desacuerdos conceptuales que han dificultado la aceptación de criterios diagnósticos unánimemente aceptados.

Una primera divergencia se ha perfilado entre dos cuales son los *rasgos o mecanismos específicos y diferenciales*.

Un criterio, el categorial, pragmático y cuantitativo, trata de reconocer con criterios y métodos estadísticos (análisis multifactorial) los comportamientos específicos y diferenciales del trastorno y utiliza para ello cuestionarios o entrevistas más o menos estructuradas para definir cuáles son los *rasgos* o *mecanismos específicos y diferenciales*: “quién y qué es borderline y quién y qué no”.

Otro, el dimensional, más centrado en la clínica relacional de inspiración psicoanalítica y en el funcionamiento mental subyacente (comprensión del significado afectivo de sus comportamientos y relaciones; su movilización en la transferencia) trata de establecer qué *rasgos, inespecíficos*, son más marcados, más intensos o *más prevalentes* en el borderline que en otras personalidades.

El primero es más conforme al modelo médico de la entidad morbosa, pero topa entre otras dificultades con la de separar la patología “propia y exclusiva” del borderline de otras manifestaciones clínicas también presentes en otros trastornos de la personalidad (narcisista y antisocial por ejemplo), y también con la de su diferenciación de los trastornos afectivos e incluso de la personalidad normal. El segundo se adapta mejor a la variedad de situaciones clínicas con que se presenta la patología límite, pero exige la delimitación de algunos criterios psicopatológicos más específicos y diferenciales. (O. KERNBERG, basándose en la comprensión metapsicológica derivada de su práctica psicoanalítica, propone una combinación de ambos modelos).

Una segunda dificultad resulta de los diferentes criterios de elección de los elementos clínicos más específicos a considerar para alcanzar un diagnóstico diferencial. Los actos autoagresivos, la impulsividad, las relaciones caóticas por su intensidad y discontinuidad, y la inestabilidad afectiva suelen ser los criterios diferenciales considerados como más fiables, existiendo más divergencias a la hora de sumar además otros, tales como síntomas psicóticos, ideación autorreferencial o persecutoria, o signos disociativos.

Una tercera divergencia, conceptual y clínica, viene dada por las diferentes maneras de considerar los trastornos del humor, elemento etiológico prioritario y causal de todo lo demás para unos y para otros, por el contrario, consecuencia psicopatológica y evolutiva, derivada del desequilibrio e inestabilidad en la organización de la personalidad.

Tan diferentes modelos etiopatogénicos, –desde los más “biológico-temperamentales” hasta los más “psico-sociales”–, condicionan inevitablemente múltiples puntos de divergencia a la hora de definir las prioridades, tanto a nivel de diagnóstico clínico como de las opciones terapéuticas.

Desde la perspectiva categorial, diversos autores han delimitado sus criterios diagnósticos.

GRINKER (1968) distingue cuatro subtipos: el borderline “al límite de la psicosis”, caracterizado por conductas coléricas y negativas, fallos en la percepción de sí mismo y de la realidad; el borderline “nuclear”, con oscilaciones relacionales permanentes, pasos al acto de rabia o agresión, depresión y trastorno de la identidad; el borderline “personalidad *as if* (como si)”, con comportamiento adaptado, pobreza afectiva, falta de espontaneidad y defensas de tipo repliegue-intelectualización; y el borderline “neurótico”, cercano a la neurosis de carácter narcisista.

GUNDERSON (1975 con SINGER; 1978 y 1987 con ZANARINI) delimita seis características específicas: impulsividad, actos autoagresivos repetidos, afectos disfóricos crónicos, distorsiones cognitivas transitorias, relaciones interpersonales intensas e inestables, miedo crónico de ser abandonado. Basándose en ellas han creado una entrevista semi-estructurada (DIB- Diagnostic Interview for Borderline) que explora los siguientes criterios clínicos: afectos crónicos (depresión mayor; rabia; sentimientos de soledad, aburrimiento, vacío; debilidad y desesperación; desvalorización del entorno); estilo cognitivo (pensamientos bizarros y experiencias inhabituales; experiencias persecutorias no alucinatorias; “cuasi” psicóticas); actos impulsivos (automutilación, manipulaciones suicidas, abuso de

tóxicos, desviación sexual); relaciones interpersonales (conflictos de dependencia, intolerancia a la soledad; relaciones tempestuosas; preocupaciones abandonícas y temor a ser englutido o aniquilado; actitudes de desvalorización, de manipulación, y sádicas; problemas contratransferenciales; actitudes de demanda y reivindicación; tendencia a la regresión terapéutica).

PERRY y KLERMAN (1978) también han propuesto una escala de evaluación (BPS-Borderline Personality Scale) que propone un prototipo de la personalidad límite (preocupación narcisista por sí mismo, falta de empatía, vulnerabilidad al estrés y débil identidad), que desglosan en 81 variables agrupadas en cuatro dimensiones: status mental (comportamiento agresivo e inadecuado; manipulador, difícil de interrogar; afectos de cólera, soledad, anhedonia; intolerancia a la ansiedad, despersonalización, desrealización; tendencia a deducciones arbitrarias); antecedentes personales (episodios psicóticos breves durante psicoterapias u hospitalizaciones; comportamientos impulsivos, abusos de tóxicos, bulimia, impulsos cleptomáticos, tentativas suicidas; fracasos socio-profesionales y afectivos; sexualidad perturbada); relaciones interpersonales (explotación del otro, intolerancia a la soledad, relaciones cercanas tempestuosas, dependencia); mecanismos de defensa (proyección de inhibiciones e insatisfacciones con paso al acto, idealización primitiva).

También pueden incluirse dentro de las propuestas categoriales las de las clasificaciones DSM-IV y CIE-10.

Las clasificaciones DSM hasta su versión III, se preocupaban sobre todo de diferenciar el trastorno borderline del espectro esquizofrénico y de la personalidad esquizotípica, delimitándolo conforme a tres aspectos: problemas de identidad y relaciones interpersonales, trastornos del humor e impulsividad.

A partir de la versión IV (1994), la DSM añadió modificaciones cercanas a las proposiciones de Gunderson (inclusión de las perturbaciones cognitivas transitorias ligadas al estrés,

rebaja de la comorbilidad con depresión mayor, redefinición de la perturbación de la identidad).

La definición general que delimita recoge como fundamental una triple inestabilidad (en la imagen de sí mismo –self–; en los afectos y estado de ánimo; en la conducta y las relaciones interpersonales) con impulsividad asociada, y la desglosa en cinco tipos de manifestaciones:

- esfuerzos por evitar abandonos reales o imaginarios y patrón de relaciones interpersonales inestables con alternancia de idealización y desvalorización;
- perturbación-inestabilidad de la identidad;
- impulsividad potencialmente destructiva, gestos-amenazas suicidas y automutilación;
- inestabilidad afectiva y del estado de ánimo, sentimiento crónico de vacío, cóleras intensas e inapropiadas;
- ideas y actitudes paranoides, estados transitorios de disociación

Sin entrar en más detalles de esta conocida y utilizada clasificación, cabe señalar en cambio que su habitual alergia a criterios intrapsíquicos y conceptos metapsicológicos psicodinámicos, que le ha llevado por ejemplo a suprimir términos como neurosis o psicosis, parece empezar a ser superada a la hora de describir los trastornos de personalidad que parecen resistirse a una mera descripción y catalogación de comportamientos. No resulta nada complicado emparentar esta descripción con conceptos psicoanalíticos archiconocidos (como ya han hecho diversos autores, y de forma más destacada Otto Kernberg). Así, el concepto de *“labilidad del yo”* incluye rasgos clínicos como la intolerancia a los afectos y sentimientos intensos, la incapacidad de controlar las pulsiones, y de canalizarlas adecuadamente (sublimación) y, en consecuencia, de mantener una identidad definida y estable. El recurso habitual a *“mecanismos de defensa arcaicos”* con *“predominio de la escisión, idealización y proyección”* también se corresponde con la tendencia sucesiva y oscilante entre la idealización y la desvalorización y su correlato afectivo (la oscilación entre eufo-



ria - megalomanía y desvalorización - vacío - depresión) y relacional (la “*vinculación anaclítica*” y la exigencia “*oral*” que lleva a establecer relaciones de dependencia total, “fusional”, alternantes con rupturas y “abandonos” a veces de consecuencias trágicas).

La CIE, clasificación de la OMS, ha ignorado la personalidad límite hasta su versión CIE-10 (1992), en la que propone una “personalidad emocionalmente lábil” con dos sub-tipos: “impulsiva” y “borderline”, caracterizada ésta por al menos dos de las siguientes características: perturbaciones-inseguridad respecto a su propia imagen, objetivos y opciones personales; tendencia a relaciones intensas e inestables con crisis emocionales; esfuerzos desmesurados por evitar ser abandonado; repetición de amenazas o gestos suicidas o autoagresivos; sentimiento permanente de vacío.

Desde la perspectiva dimensional se han desarrollado, hasta ahora, menos instrumentos específicos para el diagnóstico de la personalidad límite.

Los intentos realizados con el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) no han permitido delimitar un perfil típico específico del borderline, aunque sí detectar características “sensibles” (elevación en escalas de depresión, desviación psicopática, esquizofrenia, paranoia y psicastenia).

MILLON (1986), en su MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) desarrolla unos parámetros que permiten delimitar modalidades de disfunción global en cada tipo de trastorno de la personalidad (comportamiento, relaciones interpersonales, funciones cognitivas, humor, mecanismos de defensa, imagen del self, representaciones internalizadas, organización intrapsíquica). Las características del borderline son: humor lábil, brusquedades en el comportamiento, inseguridad en la imagen de sí mismo, relaciones interpersonales paradójicas, peculiaridades cognitivas, mecanismos regresivos, internalizaciones contradictorias incompatibles, identidad difusa.

WIDIGER, COSTA y McRAE (1990), proponen un modelo en cinco dimensiones (FFM-Five Factors Model): neuroticismo,

extroversión, responsabilidad (Conscientiousness), simpatía (Agreeableness), y apertura-curiosidad (Openness).

Desde una perspectiva intermediaria o mixta, que combina elementos tanto categoriales como dimensionales, Otto KERNBERG ha propuesto cinco ejes que permiten estructurar el diagnóstico: nivel de integración del yo (cuya manifestación clínica específica del borderline es la identidad difusa); nivel de organización del superyo (ligado a los mecanismos defensivos más o menos arcaicos y al que concede una gran importancia pronóstica); gravedad de los traumatismos y agresiones en la infancia y en particular del maltrato y abusos físicos y sexuales padecidos en el medio familiar; el eje dimensional introversión-extroversión relacionado con factores temperamentales vinculados a factores genéticos al igual que ocurre con la inestabilidad/disregulación entre euforia y depresión.

La relación y diferenciación entre temperamento, reacciones y actitudes emocionales, y personalidad es una cuestión compleja que está lejos de ser un problema resuelto. Una rápida simplificación, extendida en la actualidad, consiste en establecer un determinismo innato e irreversible por el cual ciertas características temperamentales presentes en el desarrollo muy temprano del bebé se prolongarían y estabilizarían en rasgos definitivos de conducta que continuarían estando presentes en la vida adulta. No es esta la opinión de O.KERNBERG<sup>4</sup>. Para él, los condicionantes temperamentales innatos, están vinculados a factores biológicos genéticos, pero también abiertos y modificables en función de la calidad, estructurante o desestructurante, de las interacciones precoces reales y de la organización intrapsíquica (“relaciones de objeto internalizadas”) a que dan lugar.

---

4 Comunicación verbal. Jornada de SEPYPNA. Madrid 2002. Kernberg resalta entre las funciones “temperamentales” esenciales: la regulación y expresión de afectos que, para él, constituye el primer sistema de motivación, y el sistema de atención y cognición.

Prolongando estos puntos de vista, Paulina F. KERNBERG (2000), como veremos más adelante, ha insistido, desde su perspectiva de psiquiatra y psicoanalista de niños, en la importancia de los componentes temperamentales en la organización de la personalidad, y de su correlación con la organización de esquemas y funciones neurobiológicas.

Para finalizar esta perspectiva referida a los medios de diagnóstico hay que mencionar que, además de las pruebas citadas de carácter "cuantitativo", se han utilizado también otras de carácter "cualitativo", como son los tests proyectivos y en particular del test de Rorschach y del TAT. Quienes lo aplican describen, en líneas generales, como característica la oscilación permanente entre manifestaciones de proceso primario y secundario, con una mejor tolerancia que los psicóticos respecto a la emergencia de fantasías inquietantes. Los signos de mantenimiento de criterios de realidad se mantienen pese a la presencia constante de índices de ansiedad, y de la emergencia de temas relacionados con un trastorno profundo de la identidad y con un tinte megalománico y de omnipotencia mágica, que también evidencian una cierta distorsión perceptiva latente.

## **EL CONCEPTO DE PERSONALIDAD LÍMITE EN PSIQUIATRÍA INFANTIL**

### **Revisión histórica del concepto**

En un artículo anterior<sup>5</sup> describí la historia paralela recorrida en la literatura psiquiátrica por los conceptos de "inestabilidad", predominante en la psiquiatría francesa, y el de "hiperactividad" procedente de la anglosajona, y hoy en día claramente predominante. En cuanto a la cuestión de si ambas están vinculadas con la organización de la personalidad, las

---

5 Ya reseñado en nota al pie n.º 1.

respuestas son también paralelas, correspondiendo a estas dos tradiciones psiquiátricas que rara vez han hecho intentos de convergencia entre los dos “paradigmas” que las orientan.<sup>6</sup>

La psiquiatría francesa hace una aproximación más “psicopatológica” que entiende al niño en tanto que ser psicosocial y que hace referencia a un ideal de adaptación en las interacciones niño-entorno familiar. Los instrumentos de comprensión y de intervención preferidos y predominantes son los “psicoterapéuticos” (con el niño y con la familia). La metodología de investigación “psicodinámica” trata de relacionar las manifestaciones “objetivas” observadas (síntomas) con un conflicto “subjetivo” de la personalidad, y da prioridad a la escucha de la “realidad psíquica” narrada por el sujeto.

La anglosajona opta por una aproximación más “neuropediátrica”, interesada por la organización fisiopatológica, y hace referencia a un ideal de maduración del organismo libre de déficits neurofisiológicos. Los modelos de comprensión y las opciones terapéuticas prevalentes son las “médicas” (farmacológicas y “psicoeducativas”). Los métodos de investigación “psicofisiológica” buscan demostrar, “con evidencia científica”, la existencia o no de una causa objetiva utilizando el método estadístico y la comparación entre cohortes de “casos puros” y de “no casos control”.

En esta revisión me interesa, desde la perspectiva de este trabajo, seguir un doble hilo conductor:

- el parentesco y la diferenciación psicopatológica entre el funcionamiento límite y el psicótico.
- las relaciones entre inestabilidad motriz-hiperactividad y organización de la personalidad.

---

<sup>6</sup> Es de reseñar que el intento más destacado de convergencia, entre autores franceses y americanos, se ha realizado precisamente respecto a los conceptos de “disarmonías psicóticas” y “trastorno múltiple del desarrollo” (ver TORDJMAN S., FERRARI P., GOLSE B., BURSZTEJN C., BOTBOL M., LEBOVICI S., COHEN D.J (1997), “Dysharmonies psychotiques” et “Multiplex Developmental Disorder”: Histoire d’une convergence, *Psychiatrie de l’enfant*, XL, 2, p. 473-504).

En la psiquiatría francesa, la noción de “prepsicosis o de estados prepsicóticos” (S. LÉBOVICI y R. DIATKINE, 1963; R. DIATKINE, 1969) apareció en la psiquiatría infantil de orientación psicoanalítica para designar y delimitar clínicamente la personalidad de niños que presentaban cierta vulnerabilidad psíquica que los hacía susceptibles de descompensarse hacia una vertiente psicótica, y en particular a partir de la pubertad, esquizofrénica. Estos autores fueron pioneros en la descripción de funcionamientos próximos a la psicosis infantil, caracterizados por una deficiente organización o una desorganización del funcionamiento defensivo de tipo neurótico, que facilita la aparición ulterior de una disociación psicótica. Las tres formas clínicas predominantes se caracterizan por la excitación y la hiperactividad; por la inhibición; y por lo que DIATKINE denominó personalidad “*niaise*” (en castellano equivalente a “bobo” o “lelo”), descripción que él mismo reconocía como equiparable a los que otros autores describieron bajo la denominación de “falso self” (Winnicott). Seguramente la connotación pronóstica, incierta pero probable, del término “prepsicosis”, aunque ha contribuido a una mejor comprensión de la complejidad psicopatológica y de los variados avatares evolutivos de la psicosis infantil, sin embargo ha ido perdiendo vigencia a favor de una conceptualización más “estructural” de la psicopatología límite.

Así lo hace, desde una perspectiva también psicoanalítica pero diferente, WIDLOCHER (1973), al describir el “núcleo prepsicótico”, para agrupar niños que presentaban un núcleo perturbado en la organización de su personalidad y que se caracterizaban por una serie de rasgos clínicos típicos. Su estructura psicopatológica se caracteriza por:

- una actividad fantasiosa sin elaboración secundaria, (en otros términos, los de Freud, por la prevalencia del proceso primario), que condiciona serios trastornos en sus capacidades de simbolización y por tanto del aprendizaje.
- angustias de incoherencia del self, sentimientos de falta o amenaza en su integración, ligados con la puesta en

funcionamiento de mecanismos de defensa arcaicos (concepto de gran semejanza clínica con el “Trastorno de Identidad difusa” descrito por Kernberg<sup>7</sup>).

- una organización caótica del desarrollo pulsional con intensidad excesiva de pulsiones agresivas.

En su concepción englobadora y bajo el término de “Parapsicosis o Estados parapsicóticos”, J.L. LANG (1978) agrupa diferentes “estados límite y atípicos” a su juicio “todos ellos vinculados psicopatológica y estructuralmente con un funcionamiento de naturaleza psicótica” que delimita muy claramente en cuanto a sus características clínicas esenciales:

- Naturaleza de la angustia (de aniquilamiento, destrucción, fusión o desmembramiento) “borrada” a través de su exteriorización en actos, inaccesible en casos de inhibición masiva, camuflada por mecanismos relativamente eficaces como las defensas maníacas o la angustia de separación.
- Ruptura de contacto o frágil equilibrio del criterio de realidad.
- Infiltración constante de los procesos secundarios por los procesos primarios.
- Expresión directa de las pulsiones sea en actos o a través de la producción de fantasías que entrañan mecanismos defensivos muy masivos, rígidos y frágiles.
- Mecanismos regresivos propios de niveles de organizaciones libidinales arcaicas (repliegue narcisista, identificación proyectiva, defensas maníacas, escisión, idealización mágica...).
- Simbolización inaccesible, huida en un simbolismo mágico e irreal.

---

7 En un artículo posterior, Widlocher ha matizado su original punto de vista, diferente del de Kernberg, respecto a las características de los mecanismos de escisión del borderline. (Ver “Les états limites”, Paris, PUF, 2000, págs. 79-82).

- Predominio de relación objetal muy primitiva (narcisista, fusional, o dual, sin triangulación), posiciones autoeróticas o anaclíticas.

La cuestión clínica y teórica más específica de la correlación entre la inestabilidad y un trastorno de la organización de la personalidad, tiene una larga tradición en la psiquiatría francesa. Desde que DUPRÉ, en 1907, describiera el “síndrome de debilidad motriz”, se han multiplicado las descripciones que asocian:

- turbulencia, excitación, agitación, inestabilidad (con o sin euforia maníaca)
- debilidad motriz, torpeza e ineficiencia motora, dispraxias (con o sin afectación del esquema corporal)
- trastornos del carácter y “rasgos psicopáticos”

En cuanto a estas alteraciones de la personalidad, AJURIA-GUERRA (1971) describía los niños inestables como ansiosos, hiperemotivos, con tendencia a la impulsividad y al paso al acto agresivo y egosintónico (el niño no sufre de su comportamiento, que exterioriza su conflicto interno, pero sí de sus consecuencias) siendo el resultado de todo ello la inadaptación.

Otros muchos autores han descrito “anomalías del carácter”. Además de la insistente mención de esta tendencia a “exteriorizar los conflictos” en forma de comportamiento agresivo y de “oposición manifiesta”<sup>8</sup>, también abundan las referencias a la “labilidad en los intercambios relacionales” y a la inestabilidad afectiva y en el estado de ánimo. También se ha prestado atención a la organización de un “carácter antisocial” y a la valoración clínica de la ausencia de sentimiento de culpa, a su diferenciación con la angustia asociada a ciertos actos y, en definitiva, a la “distinción entre el carácter neurótico o psicopático de los actos” (MAZET y HOUZEL, 1971; MICOUIN y BOUCRIS, 1988).

---

8 El concepto de “oposición” como rasgo de carácter y funcionamiento tiene como se ve un largo recorrido antes de que la psiquiatría americana reciente lo haya convertido en categoría diagnóstica.

FLAVIGNY (1988) describía como “síntomas clave” del niño psicopático: la tendencia a la pasividad, el aburrimiento, y la ociosidad; la dependencia a personas del entorno inmediato; la perturbación de la percepción del tiempo y la “necesidad de satisfacción inmediata”; las “exigencias megalomaniacas” relacionadas con la “vulnerabilidad a toda frustración”. Insistía también en el impacto de la adolescencia sobre estas personalidades. La intensificación de la angustia y de los mecanismos de defensa proyectivos, la imposibilidad de aceptar un plazo de espera a la satisfacción, precipita la tendencia a los actos, y dificulta la diferenciación entre “problemas del carácter” y la verdadera psicopatía, que propone sea diagnosticada estudiando la personalidad y dejando de lado los actos. Posteriormente también G. Diatkine ha propuesto una ampliación del concepto de psicopatía, extendiéndolo desde el adolescente con tendencias predominantes al acto agresivo hasta niños inestables con trastornos de conducta caracterizados por su vertiente agresivo-destructiva hacia su entorno, y resaltando el factor común presente en todos ellos: la tendencia a utilizar el paso al acto agresivo como forma casi única de descargar todas sus tensiones psíquicas (G. DIATKINE, 1983, C. BALIER y G. DIATKINE, 1995).

Flavigny propuso también una “psicodinámica de la inestabilidad infantil” que se evidencia a partir de un abordaje terapéutico prolongado con dos técnicas realizadas complementaria e independientemente: psicoterapia individual del niño y estudio de la dinámica familiar con entrevistas semi-dirigidas y posteriormente consultas terapéuticas. Le llevan a la descripción de una conflictividad interactuante entre padres y niño. Subraya la presencia del lado maternal de una invasión y rechazo intenso de fantasías de muerte hacia el niño varón, enmascaradas en una actitud de protección y de solicitud incestuosa, que distorsiona el vínculo materno filial. Por parte del padre, la tendencia a evitar su papel de “instancia parental” y a mantenerse a distancia del niño, actitud favorecida por la actitud de descalificación materna.



En cuanto al niño, subraya:

- la presencia de componentes depresivos y la carencia de objetos internos, combatidas con mecanismos maníacos y con la tendencia a descargas agresivo-destructivas (que explican la inestabilidad);
- la incapacidad para afrontar y elaborar los conflictos edípicos, evitando manifestar una agresividad, sobreinvertida, hacia el adulto (del mismo sexo);
- constancia de una problemática para canalizar la excitación corporal hacia el autoerotismo propio de la masturbación, con constante emergencia de la excitación sexual y de una obscenidad manifiesta y la proyección sobre el adulto de interdicciones hacia el placer masturbatorio.

Concluye en la necesidad de elaborar y resolver la mutua problemática parento-filial (solicitud incestuosa, agresividad reprimida subyacente, hiperprotección cómplice) y la consecuente imposibilidad de interiorización de prohibiciones y de modelos parentales de identificación que marca la organización de la personalidad del niño –y que le hace ***“ver al niño inestable como incluíble en la disarmonías evolutivas y, la mayoría de veces, con una estructura de la personalidad de tipo límite”***–.

El autor que en la psiquiatría infantil francesa más ha contribuido a desarrollar, desde hace una treintena de años, el concepto de **“Disarmonías evolutivas”** primero y su delimitación y depuración progresiva en el de **“Personalidades (o patologías) límite”** ha sido Roger MISÈS (1981, 1990, 1994, 2000), que ha preferido mantener el plural en ambos términos por el *polimorfismo de sus características clínicas*, por el *carácter múltiple de los factores etiopatogénicos* implicados y por la *variedad de formas evolutivas* a que dan lugar.

Para Misès las patologías límite se perfilan con sus propias peculiaridades dentro del marco más general de las disarmonías evolutivas. Las delimita como perturbaciones complejas de instauración precoz, con una estabilidad en sus mecanis-

mos psicopatológicos, que, por sus potencialidades evolutivas, abiertas y dependientes de sus (in)capacidades de investigar relaciones y aprendizajes, prefiere llamar “patologías” mejor que “estado” límite. Sus manifestaciones clínicas se expresan por trastornos de la personalidad intrincados, e indisolubles, de alteraciones en el desarrollo de las funciones instrumentales (lenguaje y motricidad sobre todo) y cognitivas (simbolización).

Desde el punto de vista etiopatogénico se asocian de un lado a carencias afectivas, sociales y educativas precoces, que distorsionan y dificultan los vínculos afectivos, y consecuentemente la organización de los mecanismos psíquicos básicos que permiten estructurar la personalidad, pero además a factores de orden neurobiológico, claramente asociados en algunos casos a disfunciones neurológicas evidentes y en otros a las dificultades en la integración de interacciones estimuladoras y en su correlato neurofuncional biológico.

Desde el punto de vista psicopatológico se sitúan en un amplio espectro, “en mosaico”, en el que coexisten diversos grados no solo de manifestaciones neuróticas y psicóticas, sino también psicopáticas, y en forma predominante dificultades de tipo instrumental y cognitivo.

Pero, para este autor, solo en el desarrollo de un **abordaje terapéutico relacional** (*integral y polivalente*: incluyendo psicoterapia, reeducación instrumental, abordaje psicopedagógico adaptado, y eventualmente ayuda medicamentosa; *ambulatorio o institucionalizado*, según la severidad de los casos y los recursos disponibles) y *partiendo, para tratar de superarlas, de las limitaciones y posibilidades reales del niño (relacionales, cognitivas e instrumentales)* como puede llegar a verse el despliegue de las verdaderas características específicas de la patología límite, que permiten hablar de **rasgos psicopatológicos estructurales** permanentes.

Desde su perspectiva psicoanalítica, describe los fenómenos psicopatológicos en una comprensión estructural, buscando la conexión e interacción entre los mecanismos menta-

les prevalentes, que subyacen permanentemente bajo los diversos síntomas y conductas a que dan lugar, así como su expresión clínica en vías evolutivas diversas y abiertas. Por tanto se aleja del ordenamiento sintomático en entidades clínicas separadas y diagnósticos estables y cerrados, y critica el concepto de “comorbilidad” como suma de enfermedades o trastornos específicos sobreañadidos, considerando que la estructuración mental está en íntima relación con la historia personal del niño y con las interacciones estructurantes o fallidas con el entorno familiar y en particular con las relaciones materno-filiales precoces. En consecuencia también postula que las manifestaciones psicopatológicas sólo pueden, además de desplegarse, modificarse en un contexto de relaciones terapéuticas favorables. Esta posición aporta un relativo optimismo en cuanto a la posibilidad de favorecer cambios estructurales a través de intervenciones terapéuticas, sobre todo si se instauran tempranamente, y si pueden ofrecer un marco, imprescindible, de relación continuada y estable.

Considera fundamentales, para el diagnóstico clínico de la estructura psíquica, los siguientes elementos psicopatológicos:

- Fallos precoces en el apoyo y contención maternal.
- Fracasos en el registro transicional.
- Defectos en la elaboración de la posición depresiva.
- Fracaso en la elaboración neurótica y vulnerabilidad a la pérdida objetal.
- Fragilidad en la organización y equilibrio narcisista.
- Trastornos del pensamiento y la simbolización.
- Trastornos instrumentales y cognitivos.

Habiendo resumido los aspectos fundamentales de la posición teórico-clínica de Misès, los desarrollaré más ampliamente en la descripción clínica posterior, coincidente en sus líneas generales con las de este autor, ilustrándola con comentarios clínicos, extractados de nuestra experiencia en un centro de día, que tratan de evidenciar la correspondencia entre estos conceptos metapsicológicos y su manifestación clínica traducida en síntomas y conductas observables.

Otro autor que ha prestado particular atención a entender y a tratar, al niño “inestable”, desde una perspectiva psicoanalítica de la terapia psicomotriz, que él define como “más relacional que reeducativa”, es M. BERGER (1999), que ha resumido y publicado sus propuestas en un libro reciente. Propone, entre otras cosas, una clasificación de las inestabilidades “en función de la historia familiar y relacional del niño”. Toma en consideración solo las que considera “entidad clínica” (60 casos tratados intensivamente) que separa de las que “solo son síntomas de otras dificultades psíquicas fácilmente identificables” (psicosis, estados depresivos, ansiedad y sufrimiento psíquico reactivo, problemática histérica, carencias educativas y ausencia de límites, abusos sexuales, afectación neurológica y prematuridad grave, trastornos obsesivo-compulsivos).

Las que considera “entidad clínica” están vinculadas a: interacciones precoces muy defectuosas; depresión materna; adiestramiento educativo forzado; madres inestables; discontinuidad y pobreza de investimento maternal precoz; asociada a trastornos instrumentales; y, finalmente, las de causa desconocida.

Sorprende la aparente mezcla conceptual de aspectos sintomáticos, con diagnósticos psiquiátricos y con factores (o hipótesis) de tipo etiopatogénico, y también la ausencia de una referencia a una comprensión psicopatológica estructural, aunque en su descripción clínica insiste en conceptos tales como “relación entre pensamiento y movimiento”, “defecto en la relación primaria de objeto”, “dificultad para estar solo”, “holding defectuoso”, “procedimientos autocalmantes”, “fracaso en la construcción del espacio imaginario”, “exteriorización de objetos internos”. Su opción, ecléctica, parece consistir en recurrir a conceptos propios o ajenos que le ayudan a teorizar una amplia y comprometida experiencia terapéutica, (en mi opinión lo más original y enriquecedor del libro), aunque no trata de integrarlos en una concepción estructurada (como ya había hecho Misès, a quien, dicho sea de paso, no cita, a pesar de las múltiples coincidencias en los conceptos que ambos utilizan).

Otra perspectiva original es la de **J. BERGERET** (1997) que –habiendo estudiado sobre todo al border-line adulto, también se ha pronunciado en cuanto a la patología límite del niño– prefiere hablar de “**organización límite**” y piensa que hay “cierta ambigüedad” en los términos de “situaciones” o “patología” límite. Incluso, aún reconociendo la dificultad de delimitación clínica del concepto, critica su equiparación con las disarmonías evolutivas infantiles que le parecen más frecuentes y a menudo más banales que las “verdaderas organizaciones borderline”. Para él, esta organización se caracteriza:

- Desde el punto de vista *económico*, por las carencias narcisistas y el difícil acceso a relaciones triangulares. El sujeto se mantiene en relaciones de tipo anaclítico, necesitando apoyarse en el otro con desconfianza por el temor a verse abandonado. A diferencia del psicótico su organización no se basa en angustias de destrucción, fragmentación, y persecución.
- Desde el punto de vista *dinámico*, se organiza en el desbordamiento y descontrol de las pulsiones sexuales, que están invadidas por la violencia (que él entiende como instinto de conservación destinado a protegerse del otro amenazante y que diferencia de la agresividad resultante de una erotización de la violencia, consistente en el placer de dañar al otro).
- Desde el punto de vista *tópico*, predomina una organización afectiva de tipo preedípico, caracterizada por la prevalencia de un Self y un Ideal del yo narcisistas, que se imponen al primado de un Yo y Superyo más evolucionados.
- Desde el punto de vista *psicogenético*, habría una fijación resultante de un fallo en la elaboración depresiva, que Bergeret emparenta con el estadio anal y su relación con la adquisición del dominio de la pulsionalidad violenta (primer sub-estadio anal) y con la estructuración y confianza narcisista y fálica (segundo sub-estadio anal), adquisiciones indispensables para una organización nar-

cisista básica sólida que permita abordar la problemática edípica y las relaciones triangulares con garantías.

Otro autor que, desde una perspectiva original que integra una comprensión teórica kleiniana, ha aproximado también la **estructura border-line** con los aspectos depresivos, a través de su concepto de “**organizaciones paradespresivas**”, es **PALACIO-ESPASA** (1994). Para este autor, el estado, trastorno o patología límite, se sitúa entre las organizaciones paradespresivas y los funcionamientos psicóticos, y la sintomatología que se puede considerar patognomónica es el *grave trastorno de la identidad* junto con las *fluctuaciones globales del funcionamiento mental*, el uso intermitente pero duradero de *mecanismos de defensa primitivos (de tipo psicótico)*, y los importantes *trastornos de la simbolización y el pensamiento* (por la irrupción del funcionamiento psicótico-proceso primario). Subraya también el polimorfismo sintomático de estos cuadros resultando particularmente interesante su descripción, –desde su perspectiva evolutiva basada en tratamientos intensivos tempranos y prolongados–, de diferentes formas clínicas o líneas evolutivas. Distingue y observa:

- En la edad preescolar, la *disarmonia evolutiva* (con retrasos no homogéneos en la motricidad, lenguaje, desarrollo intelectual y capacidad de simbolización, asociados a importantes trastornos previos del apego).
- Entre los 4-6 años, predominan los *cuadros de tipo hipomaniaco*, con hiperactividad, inestabilidad y euforia, acompañados de trastornos de la simbolización, sobre todo en la expresión de fantasías agresivas y violentas, y dificultades de atención y concentración, con crisis de rabia y explosividad.
- A partir de los 6-7 años, estas formas hipomaniacas se complican con *trastornos de comportamiento y dificultades escolares y del aprendizaje*. Progresivamente, pueden quedar encubiertas por manifestaciones depresivas severas, inhibición emocional y tendencia al aislamiento y despegamiento afectivo, en *formas clínicas “depresivo-*

*esquizoides*”, con trastornos del pensamiento y de adaptación escolar y social sobreañadidas. Se observa también la *superposición de otros trastornos de la personalidad* con diferentes matices de carácter: “maníaco-narcisista”, “depresivo-esquizoide”, “falso-self”, “paranoide”.

Desde una perspectiva evolutiva y pronóstica, este autor subraya la movilidad de estos cuadros que pueden ir hacia una organización “paradepresiva” o “paraneurótica” en los casos más favorables, o “cuando la conflictiva depresiva es más intensa, organizar una personalidad límite a largo plazo”. Aunque con su polimorfismo clínico, estos cuadros, en función de sus rasgos de carácter más prevalentes, se van configurando como “diferentes” tipos de personalidad (“narcisista”, “esquizoide”, “paranoide”, etc.) con la consiguiente problemática del diagnóstico diferencial de sus rasgos más estructurales. En líneas generales las evoluciones más frecuentes se dirigen, en términos psiquiátricos, hacia los trastornos afectivos (el 75 % de niños límite, citando los resultados de WENING,1990) y los de ansiedad (50 %) siendo mucho menos frecuentes, para estos y otros muchos autores, la evolución hacia la esquizofrenia a partir de la adolescencia.

Desde una perspectiva epidemiológica subraya la importante presencia de la patología límite en la consulta habitual (13-15 % de los casos de consulta entre los 7-9 años, y 11-13 % entre los 3-7 años) y también la frecuencia de la patología de la personalidad en los padres y, en la madres, de la depresión y psicosis post-partum (60 % y 10 % respectivamente).

De la **literatura americana y anglófona**, amplísima en el terreno del adulto y mucho más limitada en el del niño, retendremos en este trabajo sólo las ideas de aquellos autores y trabajos que han desarrollado una atención específica al tema.

Desde una perspectiva psiquiátrica, centrada en la observación y descripción de rasgos y comportamientos, con una actitud semejante a la que recoge y transmite el sistema de clasificación DSM, merece la pena prestar atención al con-

cepto de “**Multiplex Developmental Disorder**” (Trastorno Múltiple del desarrollo) desarrollado conjuntamente por varios autores americanos, (**TOWBIN, 1997; WOLKMAR, KLIN, COHEN, 1997**), de cuya influencia en la psiquiatría americana cabe suponer que incidirá en la aceptación del término en futuras revisiones del sistema de clasificación DSM<sup>9</sup>.

Aunque aparentemente este término no alude a un trastorno de la personalidad, sin embargo el cuadro clínico que describen sus autores, y que resumo a continuación, se corresponde y superpone con el descrito por Misès, tal y como el propio Cohen reconoció, aceptando luego la redacción conjunta de un artículo en el que con varios autores franceses estudiaban las semejanzas entre ambos conceptos<sup>10</sup>.

Los autores americanos, con su terminología característica, describen en este cuadro las siguientes alteraciones:

1. *Trastornos de la regulación de afectos:*
  - Ansiedad generalizada, reacciones de pánico, miedos.
  - Desorganización del comportamiento.
  - Variabilidad y oscilaciones emocionales intensas.
  - Reacciones extrañas de ansiedad.
2. *Comportamiento social alterado:*
  - Conductas de desinterés y evitación.
  - Alteración de las relaciones con compañeros.
  - Trastornos en las relaciones afectivas / Ambivalencia intensa.
  - Falta de empatía y expresión de afectos hacia el otro.
3. *Alteraciones cognitivas:*
  - Irracionalidad e ideas ilógicas.

---

<sup>9</sup> Incidencia que seguramente se verá afectada por el fallecimiento prematuro de Donald Cohen y por la influencia que otros autores de su grupo ejercen sobre la política de consenso establecido para la DSM.

<sup>10</sup> TORDJMAN S., FERRARI P., GOLSE B., BURSZTEJN C., BOTBOL M., LEBOVICI S., COHEN D.J (1997), "Dysharmonies psychotiques" et "Multiplex Developmental Disorder": Histoire d'une convergence, *Psychiatrie de l'enfant*, XL, 2, p. 473-504. Comunicación personal de R. Misès.



- Irrupción de pensamiento mágico y neologismos.
- Repeticiones y desconexiones del pensamiento.
- Fallos en la diferenciación realidad-imaginación.
- Reacciones de perplejidad y confusión.
- Fantasías de omnipotencia y gandosidad.
- Hiperinvestimiento e identificación con personajes dotados de poderes imaginarios excepcionales.
- Identidad confusa (“Difusión de identidad”).
- Inquietudes paranoides.

Desde una perspectiva psicoanalítica, en una línea semejante a la de los trabajos de Otto Kernberg con el border-line adulto, es **Paulina F. KERNBERG** quién más atención ha dedicado, en la literatura anglófona, al tratamiento y comprensión de los trastornos de conducta y de la personalidad del niño, y en particular a la patología narcisista, borderline y antisocial (P.F. KERNBERG, 1991; P.F. KERNBERG y cols, 2000).

Una de las peculiaridades de su toma de posición es que ha insistido en que la psiquiatría americana reconozca la existencia de trastornos psicopatológicos de de la personalidad en el niño. Ha criticado la “ironía” de la respuesta habitual de las compañías de seguros responsables del pago de prestaciones sanitarias que, para negarlo sistemáticamente (“ese diagnóstico no esta incluido en nuestro listado informatizado para pacientes de esa edad”), se apoyan en que el DSM-IV no incluye ningún trastorno de la personalidad en la infancia y adolescencia (por definición, para el DSM-IV, todos se inician “al principio de la la edad adulta”, con una única matización respecto al trastorno de personalidad antisocial, que comenzaría “desde los 15 años”). De hecho, al ser el único sistema de diagnósticos “oficialmente reconocido”, funciona como lo que en nuestro país denominaríamos un auténtico “catálogo de prestaciones”.

P.F. Kernberg ha insistido en demostrar la evidencia clínica de que existen ciertos trastornos específicos de la personalidad que, ya en la infancia, permiten diferenciar a ciertos niños por sus rasgos, tanto de conducta y relación como intrapsíquicos.

cos, y que además persisten y condicionan su desarrollo ulterior, prolongándose a veces hasta la vida adulta, sobre todo en los casos no abordados con recursos terapéuticos específicos, que necesariamente deben incluir diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas, tanto con niños como con sus padres.

Su comprensión de la psicopatología borderline se basa en una visión del desarrollo desde la perspectiva de la interacción recíproca entre las relaciones objetales y su repercusión en la organización del aparato psíquico<sup>11</sup>. Para ella hay una distorsión (y no una fijación) del desarrollo, viéndose afectados los procesos de separación-individuación, y por ello la consolidación del funcionamiento yoico (y la integración del superyo) y la estabilidad de la identidad. En consecuencia, fracasan al utilizar estrategias de afrontamiento –“*coping*”– inadaptadas (en otros términos: mecanismos defensivos ineficaces), que afectan tanto a las relaciones familiares (en particular a la interiorización de la imagen y función materna), como a las relaciones con sus compañeros, y a sus capacidades cognitivas, motoras y perceptivas.

También ha señalado, muy agudamente en mi opinión; cómo la actitud y concepción del terapeuta condiciona la elección del tipo de tratamiento y puede condicionar, incluso, el pronóstico clínico. Para ella es porque tendrá consecuencias clínicas, por lo que no da igual pensar que se trata de una fijación o de una distorsión del desarrollo; ni tampoco pensar que se trata de una inestabilidad pasajera o por el contrario estructural; o pensar que el borderline es un psicótico.

Y no es casual que introduzca estas cuestiones, aparentemente “conceptuales” al iniciar el capítulo del tratamiento. Por ejemplo señala que si alguien ignora que el niño borderline puede utilizar defensivamente su propia debilidad yoica y cree que se trata de un defecto yoico irreversible, provoca con su

---

11 Comprensión influenciada por las concepciones de Margaret Mahler y Edit. Jacobson.

expectativa negativa “una profecía autocumplida... al hacer inalcanzable para el niño la interacción terapéutica” (basta recordar aquí como ilustración clínica las situaciones frecuentes en las que un niño recurre a “hacerse el tonto” o a mostrarse incapaz para una tarea, por obvias razones relacionales tales como evitar una situación de fracaso o hacerse ayudar regresivamente).

P. Kernberg ha sintetizado las características técnicas y objetivos terapéuticos de la psicoterapia psicoanalítica con estos pacientes en los siguientes puntos, que a la vez le sirven de referencia esencial para comprender su psicopatología:

- esclarecimiento de límites y roles generacionales y sexuales;
- neutralización de los mecanismos de escisión;
- consolidación de la integración del Superyo;
- consolidación de las relaciones con sus compañeros;
- consolidación de la percepción objetiva de sus padres y de su capacidad autocrítica;
- resolución de conflictos pre-edípicos;
- atenuación de la ansiedad catastrófica, de las tendencias a la somatización y de la impulsividad.

Otro punto en el que esta autora ha adoptado una posición diferente de la habitual en la psiquiatría americana, es su comprensión del papel del temperamento en la estructuración de la personalidad. En lugar de limitarlo a un determinismo lineal directo, que une directamente lo biológico-genético a la expresión conductual, y apoyándose en aportaciones de otros autores de orientación psicoanalítica (STERN, 1985; AKHTAR y SAMUEL, 1996; FONAGY, 1997, 2002) que complementa con las de otros autores que han investigado en los mecanismos neurobiológicos cerebrales (DERRYBERRY y ROTHBART, 1997) describe la compleja interdependencia entre características temperamentales del niño (expresión emocional, características relacionales, sistema motivacional y de atención, ritmos biológicos), con las reacciones y actitudes que condicionan en su entorno relacional, y con el correlato de estas interacciones

tanto en el sustrato cerebral y en la organización de sus esquemas neurobiológicos, como en la correspondiente y complementaria interiorización psicológica (capacidad empática, estructuración del self y de la identidad básica, estrategias defensivas adaptativas –“coping”–).

En cuanto a su descripción y delimitación clínica de la personalidad borderline, señala la evidente semejanza y continuidad entre sus manifestaciones en el adulto y en el adolescente (muy próximas y fáciles de reconocer con la simple aplicación de los criterios DSM-IV: inestabilidad permanente en las relaciones interpersonales, en la imagen de sí mismo, y en los afectos junto con la impulsividad) y que “solo se diferencian por las complicaciones secundarias derivadas del transcurso vital (matrimonio, hijos, problemas de la parentalidad, etc.)”.

En cambio, se detiene más en las peculiaridades clínicas que presentan los niños borderline, dado su polimorfismo sintomático (que sólo encaja en las descripciones sintomáticas del eje I del DSM-IV, que no reconoce en su eje II ningún trastorno de la personalidad del niño) “caracterizado por una sintomatología múltiple y severa... que suele englobar múltiples síntomas neuróticos y trastornos de conducta” que la autora ilustra con un caso que “con criterios DSM-IV sumaría varios diagnósticos: ansiedad de separación, trastorno del desarrollo y trastornos varios (“mixed”) de la personalidad”.

Desde esta perspectiva, los criterios del eje I del DSM-IV obligarían a encajar la patología borderline en otros diagnósticos. Cabe subrayar la posición de esta autora, (coincidente con la nuestra): **«...sospechamos (en numerosos casos) una organización borderline de la personalidad en niños con déficit de atención-hiperactividad y con trastornos de conducta de tipo antisocial. Y también en casos diagnosticados de “ansiedad de separación”, “trastornos de ansiedad”, “trastorno esquizoide”, “mutismo selectivo”, “trastornos de identidad”, “trastornos disociativos” y “trastornos de la alimentación”...».**

Esta situación clínica le lleva a delimitar, tanto en la vertiente conductual como metapsicológica, las características estructurales específicas del trastorno, coincidiendo en sus puntos de vista, psicoanalíticos con mucho de lo que hemos visto en los autores europeos antes citados.

Antes de desplegar sus propios conceptos recoge lo descrito por otros autores americanos, que apoyan esta misma perspectiva (BEMPORAD y cols. 1982; AARKROG, 1981; KESTEMBAUM, 1983; LEICHTMAN y NATHAN, 1983; PINE, 1983; RINSLEY, 1980; VELA y cols., 1983) perfilando una delimitación del niño borderline y de sus rasgos diferenciales con el funcionamiento neurótico y psicótico.

Sus características más típicas, a partir de 28 variables establecidas por VERHULST (1984), serían: *ansiedad de inquietación, proceso primario de pensamiento, fluctuaciones del funcionamiento yoico, trastornos de la identidad, defensas primitivas, episodios micropsicóticos, funcionamiento ineficaz del superyo, peculiaridades del funcionamiento motor, activa e intensa fantasmatición*<sup>12</sup>, *discordancia entre capacidades y funcionamiento, fluctuación relacional entre actitudes de repliegue y de dependencia y apego.*

Señala también, siguiendo a BEMPORAD (1982), que el funcionamiento neurótico y psicótico son más predecibles y menos fluctuantes que el borderline y en consecuencia este diagnóstico exige con más frecuencia una observación clínica más prolongada, pues “sólo en el transcurso de una psicoterapia se evidencia su severa patología”.

Esta apreciación, en la que coinciden muchos terapeutas con experiencia plantea, a mi juicio, por lo menos tres cuestiones delicadas, con las que cierro esta revisión.

Una, metodológica (que afecta a la formación del clínico). ¿Qué trastorno es éste que sólo se puede confirmar en ciertas condiciones de observación? Sólo si ésta es suficientemente

---

12 Mantengo este término, en lugar de su correcta traducción “fantasía” y pese a incurrir en un anglicismo, por ser de habitual uso entre profesionales.

prolongada, y además centrada en el establecimiento y comprensión de una relación terapéutica, se desplegarán los mecanismos y conductas específicos de su psicopatología y, además, hará falta una amplia experiencia clínica para saber observarlos y diagnosticarlos.

Otra, ética (que afecta al tipo de abordaje terapéutico y a la organización de recursos sanitarios). ¿Cómo llegar a un diagnóstico certero sin comprometerse inevitablemente, ya en las entrevistas necesarias para el diagnóstico, en una relación terapéutica? ¿Y cómo salvar después el riesgo, yatrogénico, que una interrupción prematura, –tras un inicio de relación terapéutica y una movilización emocional y relacional intensas–, podría suponer en este tipo de personalidades?

Y una tercera, de serias repercusiones en la práctica clínica: la dificultad de asumir responsabilidades terapéuticas que van a facilitar la eclosión de una patología camuflada y “camaleónica” (de expresión variable en cada situación). Lo que es una necesidad terapéutica, –evidenciar ciertos fenómenos patológicos para que puedan ser elaborados, y la movilización emocional y de fantasías que conlleva–, puede ser vivido por la familia como un empeoramiento yatrogénico: “se pone peor cuando viene al tratamiento”... “cada vez que viene dice luego cosas más preocupantes”..., “sale demasiado excitado y se contiene peor que antes” o al revés... “antes parecía más animado y ahora más triste”. Todo ello exige imprescindiblemente un acompañamiento terapéutico, o al menos un asesoramiento paciente y sostenido, de los padres, con lo que se sobrecarga la dedicación terapéutica, –ya de por sí absorbente, comprometida, y a menudo incómoda y poco gratificante–, que estos niños necesitan.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

### Síntomatología y motivos de consulta

Precozmente (hasta los 3-4 años), suelen llegar inicialmente a las consultas pediátricas por presentar **trastornos funcionales diversos** (alimentación, sueño, control de esfínteres), y alteraciones propias **de un desarrollo disarmónico o retrasado** (psicomotricidad, lenguaje, y cognición: sobre todo dificultades para la expresión simbólica y la *capacidad de concentrar y mantener la atención*), acompañadas con relativa frecuencia de manifestaciones somáticas inespecíficas que denotan una **vulnerabilidad psicósomática** (asma, alteraciones dermatológicas).

Posteriormente (a partir de 4 a 6 años), y con frecuencia debido a sus **dificultades de adaptación escolar y en sus relaciones** con compañeros, comienzan a aparecer en los servicios específicos de salud mental, con motivo de sus **trastornos de conducta**, sea en la línea del *desbordamiento* y de la *inestabilidad/hiperactividad*, con episodios de euforia, rabia, explosividad, o por el contrario en la línea de la inhibición y la tristeza con actitudes de pasividad, repliegue y aislamiento.

Estas manifestaciones sintomáticas hacen que vengan acompañados de informes previos, o que lleven a diagnósticos posteriores, que mencionan la “hiperactividad” y el “déficit de atención,” la “inmadurez afectiva” y la “intolerancia a la frustración” o la “depresión”.

Las preferencias y referencias teóricas de los clínicos suelen llevarles a dar prioridad a ciertos diagnósticos. Entre los que prefieren los modelos más “biológicos”, actualmente la hiperactividad y déficit de atención se lleva la palma, aunque empieza a extenderse la inclusión del cuadro en la categoría de “pródromos de un trastorno bipolar”. Cosa que suele conllevar una elección terapéutica medicamentosa, que cabría esperar que no fuera la única acción terapéutica propuesta (las

consabidas anfetaminas y últimamente las sales de litio y otros “estabilizadores”... ¡administrados a niños de corta edad, en pro de la prevención de una eventual PMD ulterior!).

La aparición, en general algo más tardía (a partir de los 7-8 años), de **síntomas “neuróticos”** (*obsesiones y conductas ritualizadas, temores fóbicos, tendencias conversivas y su utilización regresiva e histriónica*), puede llevar a los clínicos más sensibles a modelos “psicodinámicos” a priorizar como opción terapéutica la psicoterapia individual, que además de ser una opción que implica un compromiso y un coste a largo plazo, también puede, pero no debiera, dejar de lado aspectos imprescindibles como el abordaje de los trastornos instrumentales y cognitivos o la dinámica y participación familiar (en las dificultades del niño y en su capacidad de superarlas).

La aparición, relativamente frecuente, de una situación de “*fobia escolar grave*”, con absentismo prolongado y con la connivencia de la familia que, tras un largo período de resignación más o menos inactiva, suele declararse incapaz de solucionar las cosas, ilustra bien la complejidad psicopatológica de estos cuadros y de su eventual resolución. La actitud de pasividad desafiante (“nosotros no podemos, así que a ver qué saben hacer ustedes”) suele encubrir sentimientos de fracaso y desvalorización vinculados a serias carencias personales y a problemáticas psicológicas importantes y cronificadas que afectan tanto al niño como a los restantes miembros de la familia, limitando sus recursos afectivos y sus capacidades racionales e impidiéndoles buscar salida a sus conflictos repetitivos (y además patógenos)<sup>13</sup>.

---

13 Diversos autores de orientación psicoanalítica, a la vez que critican la supresión de toda referencia a la “neurosis” a partir de la DSM-III, prefieren hablar en la patología límite de “emergencias neuróticas” (Misès) o de “aparición neurótica” (Bergeret), precisando con ello que las diferencian clínicamente de la “estructura neurótica” de la personalidad. También los terapeutas familiares han insistido en la imbricación entre distorsiones e interacciones familiares perturbadas y su repercusión en la interiorización de mecanismos psíquicos problemáticos y su emergencia en síntomas “neuróticos” diversos.



En cuanto a la **trayectoria asistencial** que estas manifestaciones sintomáticas condicionan, lo típico es que se multipliquen los contactos médicos (pediátricos, salud mental, otros especialistas) pero también escolares (orientaciones pedagógicas, ayudas psicoeducativas y reeducacionales) y con menor frecuencia sociales (ayudas familiares, carencias o psicopatología familiar).

A la larga y en un contexto de múltiples “diagnósticos” e intervenciones se va consolidando, tanto en el niño como en su familia, una sensación de “problema indefinido” que no se resuelve pese a la insistencia ineficaz de diversos profesionales (aunque no suele mencionarse la habitual discontinuidad con que la familia responde a las medidas propuestas ni las razones por las que habitualmente son más o menos rechazadas o dejadas de lado). Los profesionales implicados también suelen tener la sensación de problema de larga y desfavorable evolución, que habitualmente se pone en relación con la inadecuación, insuficiencia o la descoordinación de recursos y con la escasa implicación de la familia en las medidas propuestas.

El carácter “poliédrico” o “multiproblemático” de estas situaciones (problemas psico-pato-lógicos, limitaciones escolares y cognitivas, carencias “sociales”) exige mantener una difícil coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos, que no siempre están de acuerdo en cuanto a sus responsabilidades y posibilidades de intervención respectivas, contribuyendo con ello a la “dispersión” general de la situación.

### **Peculiaridades clínicas y dificultad del diagnóstico**

Todo ello puede prolongar y acentuar las **peculiaridades clínicas** de este cuadro clínico, específicamente caracterizado por su *polimorfismo* y por su permanente *inestabilidad* (que no es lo mismo que decir que sea “indefinido” e “inconsistente” o, forzando un poco las cosas, “inexistente”).

Además es bien cierto que la heterogeneidad en las *diferentes agrupaciones de sus síntomas* (que además están pre-

*sentés en otros cuadros diagnósticos), su variación con la edad en el mismo sujeto y su diversidad evolutiva tampoco ayudan a emitir un diagnóstico unívoco.*

Hay que añadir también que su *vulnerabilidad a las pérdidas objetales* hace que, en función de las peripecias biográficas que afectan a sus relaciones significativas (en la familia, con amigos, con profesionales de la enseñanza o clínicos), pueden tener efectos estructurantes o desestructurantes que modifican el funcionamiento psíquico y su expresión sintomática.

También el frecuente acompañamiento de un *entorno familiar hiperadaptado* con una *actitud protectora y minimizadora* de las dificultades del niño (casi siempre basada en una inconsciente fusión parento-filial, por necesidades narcisistas e idealizaciones mutuas, y una confusión-aglutinación, por imposibilidad de soportar separaciones y diferencias) hace que la *sintomatología*, ya de por sí dispersa, queda además así *camuflada* y da lugar a *formas clínicas “menores” o paucisintomáticas latentes*, o al menos inalcanzables para nuestros dispositivos de salud mental, hasta la pubertad. Misès insiste, con razón, en una de las variantes de esta evolución clínica –que aunque las vemos de cuando en cuando, son difíciles de olvidar–, la *explosión, “sin antecedentes”, de descompensaciones psicóticas brutales en la adolescencia*, que como consecuencia de la imposibilidad de asumir los cambios que ésta impone, afecta a los niños límite, que previamente se ocultaban bajo la apariencia, organizada en un “falso self”, de sumisión y adaptación a un entorno familiar hiperprotector.

Tampoco es de extrañar, que con estas peculiaridades clínicas, se produzca la *superposición de diagnósticos* con otras entidades clínicas.

El propio Misès menciona que la patología límite tiene *aspectos comunes* con manifestaciones depresivas y psicósomáticas, trastornos graves de la conducta y cuadros de abandono y además es una *estructura psíquica englobadora* de otros diagnósticos: patologías narcisistas y anaclíticas, perso-

nalidades “falso self” y “esquizoides”, disarmonías evolutivas graves, ciertas “pre-psicosis” o “para-psicosis”.

Bergeret ha señalado (en el adulto) el parentesco de la patología border-line con ciertas patologías del carácter y comportamientos perversos, con ciertas depresiones y enfermedades psicosomáticas, y con la “neurosis de abandono” de G. Guex, y también (en el niño) con la “depresión anaclítica” de Spitz y con la evolución de los niños “simbióticos” descrita por M. Mahler.

También, como ya se ha señalado, Palacio-Espasa ha mostrado especial interés por aclarar la relación entre el funcionamiento límite y la conflictiva depresiva y a desarrollar su concepto de conflicto y funcionamiento “paradepresivo”.

### **Comprensión estructural versus clasificación diagnóstica. La cuestión de las comorbilidades: ¿es posible una convergencia de las perspectivas psicoanalítica y cognitivista?**

Todas estas matizaciones clínicas pueden parecer una complicación para quien trata de tener diagnósticos netos y claros que delimitan, sin discusión y sin necesidad de prolongadas observaciones clínicas, un conjunto de síntomas que constituyen una entidad gnosológica diferenciada. Es la apuesta por la homogeneidad diagnóstica propiciada por las sucesivas versiones de la DSM.

Como resultado de ello, la psiquiatría americana predominante en la actualidad, plasmada en la propuestas diagnósticas del DSM-IV, no considera el concepto de patología “border-line”, ni el diagnóstico de tal personalidad, en el niño. En cambio a través de su concepto de “comorbilidad”, que permite diagnósticos sintomáticos múltiples, está multiplicando la descripción de casos, que engloban varias de las superposiciones diagnósticas citadas. De esta manera, lo que se individualiza y separa, por razón de necesidades conceptuales que buscan la homogeneidad y separabilidad de los diagnósticos, vuelve a

aparecer reunido e intrincado en la tozudez de los hechos clínicos, que parecen dar la razón a quienes sostienen la complejidad e intrincación de los fenómenos psicopatológicos.

Especialmente interesante es que el cuestionamiento a los límites excesivamente estrechos del DSM-IV, desde los propios autores americanos que defienden su utilización, se esté basando precisamente en su confrontación con la complejidad clínica de los trastornos en los que la hiperactividad y los trastornos de atención empiezan ya a ser vistos como un “síndrome” o un “espectro” que engloba trastornos diferentes y que exige un análisis diagnóstico complejo y respuestas terapéuticas diversas. Esta situación empieza a cuestionar radicalmente la versión simplista que la veía como una entidad propia, con etiología y tratamiento unívocos y que estaba y sigue siendo importada como “de evidencia científica”.

Resulta fascinante, desde una perspectiva psicopatológica estructural, la lectura de algunas de las publicaciones recientes de la literatura americana, y en particular de una reciente recopilación de trabajos de selectos y expertos clínicos sobre la cuestión de los trastornos de la atención (T. E. BROWN, 2003).

Nos cuentan estos conocidos y reconocidos investigadores, en la introducción de este libro y con una actitud autocrítica admirable, sus grandes dificultades para encontrar *“personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no complicado”*. Y añaden que (en una reunión de expertos): *“asintieron con la cabeza cuando alguien comentó la ironía de que **la mayoría de los estudios de investigación se centran en casos “puros” de TDAH, mientras que el TDAH de la mayoría de los niños, adolescentes y adultos atendidos en nuestras prácticas clínicas aparecía complicado por comorbilidades múltiples**”*.<sup>14</sup>

---

14 Resulta curioso que no se cite en este texto a otros autores, también anglosajones, que ya se habían planteado la misma cuestión hace tiempo (¿Hay un síndrome de hiperactividad pura?, August y Stewart, 1982) aunque quizás se deba a la actual tendencia a citar sólo las publicaciones “más actuales”.

Criticar que durante años se ha descrito el *“habitualmente conocido como trastorno por déficit de atención con hiperactividad... su evaluación y su tratamiento...”* como *“...algo que parecía relativamente simple”*. Actualmente piensan que *“...afecta a un sector de población más amplio que el de los niños que son hiperactivos”* y que *“incluye alteraciones crónicas en funciones cognoscitivas que son esenciales para una adaptación... en la escuela, el trabajo, las relaciones familiares y sociales...”* y su gravedad puede extenderse *“...desde baja tendencia a la frustración y bajo rendimiento crónicos hasta una incapacidad absoluta para completar la enseñanza, conservar un trabajo o mantener una relación afectiva”*. Y siguen: *“cada vez más los investigadores están reconociendo que los síntomas de desatención se superponen con las “funciones ejecutivas”... que desempeñan papeles críticos y complicados en la integración, regulación y organización de la actividad mental”... “la persistencia del término hiperactividad en el nombre de este trastorno puede resultar engañosa”... “el término trastornos (en plural) por déficit de atención –TDA– se utiliza... para subrayar el carácter nuclear de las alteraciones de la atención, con o sin hiperactividad ...y para... acentuar la diversidad de formas en que se manifiestan...”*.

Parece claro que el interés de estos autores se desplaza de la descripción “simple” del trastorno a lo que tiene de nuclear. En otros términos, de los síntomas, y en particular de sus manifestaciones conductuales, a lo cognitivo, o en otros términos al funcionamiento psíquico y, apurando aún más, de la fragmentación en un diagnóstico a la comprensión estructural. Movimiento conceptual justamente opuesto al que determinaba la ideología del DSM.

No parece ésta una deducción abusiva si seguimos leyendo en la introducción de su libro: *“...los TDA son complejos, no sólo por las abigarradas funciones cognoscitivas alteradas, ...muy a menudo resultan más complicados a*

**causa de las comorbilidades”... “El término comorbilidades se refiere a otros trastornos psiquiátricos que afectan a un individuo concurriendo con su diagnóstico primario... muchos estudios han encontrado que más de un 50% de las personas –con TDA– ...**también satisfacen los criterios de uno o más diagnósticos psiquiátricos adicionales” ...“los trastornos comórbidos pueden enmascarar o ser enmascarados por síntomas de un TDA ...y complicar el proceso diagnóstico... también pueden complicar seriamente el proceso terapéutico” ...“para evaluar a una persona con TDA no es suficiente con practicar sólo una evaluación de los posibles síntomas de TDA”.****

Luego el libro dedica diez capítulos a la “**descripción de los trastornos psiquiátricos observados frecuentemente como comórbidos con TDA**” (entre otros: trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, del aprendizaje, conducta negativista-desafiante, disocial con agresividad, obsesivo compulsivo, del sueño, consumo y abuso de sustancias, tics y trastornos del desarrollo de la coordinación).

La toma en consideración de lo abigarrado de estos hechos clínicos lleva a los autores, y en particular a BROWN (ver obra citada págs. 3-45), a una “**actualización de los trastornos por déficit de atención y sus comorbilidades**” en la que proponen que “**posiblemente un próximo paso útil podría ser simplemente el cambio de nombres de estos diagnósticos**”. La razón es que: “**en el actual sistema de diagnóstico (DSM-IV) no hay ninguna categoría diagnóstica que delimite la amplia gama de alteraciones cognoscitivas asociadas al amplio espectro de síntomas de desatención del TDAH**”. Se refiere en particular a “**alteraciones crónicas de las funciones ejecutivas y de la memoria de trabajo, con o sin hiperactividad-impulsividad acompañante... alteradas desde el inicio de la vida... cimentadas en el desarrollo**”. Y sugiere ni más ni menos que: “**cara a nuevas ediciones del manual diagnóstico, se podrían utilizar**

términos como **“trastorno de la función ejecutiva”, “trastorno del control cognoscitivo” o “trastorno cognoscitivo evolutivo”**.

Respecto a esta “función ejecutiva” y en cuanto a la posible equivalencia, o por lo menos a la evidente convergencia, de estos puntos de vista con la comprensión psicopatológica estructural, podemos aún leer y subrayar. **“...los problemas fundamentales (en el TDAH) residen en la autorregulación y en que el TDAH está mejor concebido como una alteración del procesamiento cognoscitivo de orden superior... este concepto en un principio parece extraordinariamente abstracto, pero resulta ilustrado con sencillez en la variabilidad situacional de los síntomas”**. **“Las funciones (prestar atención, organizar, recordar) permanecen intactas; simplemente no responden al procesamiento de orden superior... La función ejecutiva es sólo un nombre para aquellos sistemas cerebrales de orden superior que activan, integran, coordinan y modulan otras funciones cognoscitivas”**.

Alineándose con los muy numerosos autores americanos, que han cuestionado las “limitaciones del diagnóstico categórico” propuestas por las clasificaciones diagnósticas, opina (citando a SKODOL Y OLDHAM) que: **“la idea de que las más de 200 categorías del DSM-IV representan trastornos con etiologías y mecanismos patogénicos distintos es claramente ingenua y la investigación se está dedicando a trastornos psicopatológicos más fundamentales”**. Se apunta también que **“el TDA puede no ser una única entidad... y ser un nombre para un grupo de trastornos con diferentes etiologías y factores de riesgo, así como diferentes desenlaces clínicos, más que una entidad clínica homogénea”** (BIEDERMAN y cols., 1992). Por ello **“cualquier esfuerzo por encontrar un mecanismo común, tanto si es anatómico como puramente psicológico, parece condenado al fracaso en la medida en que tratamos los síntomas superficiales como fenómenos unitarios en vez de como procesos de los múltiples componentes que realmente son”**. Cita aquí a

CONNERS (1997), autor muy conocido por sus cuestionarios para evaluar la hiperactividad..., utilizados en nuestro país ¡exactamente en la línea contraria de lo que propone su autor!).

Aunque como era de esperar dadas las características de la cultura e ideología psiquiátrica predominante en USA, no hacen alusión alguna a términos relativos a lo intrapsíquico o al funcionamiento mental, cabe preguntarse si los “procesos cognoscitivos complejos” que proponen no son equivalentes y si los “trastornos psicopatológicos más fundamentales” no coinciden con la psicopatología estructural propuesta por los autores psicoanalíticos.

En cualquier caso describen un **“actual cambio de paradigma”** en el que *“partiendo del antiguo concepto (del trastorno de atención-hiperactividad) como un simple trastorno del comportamiento perturbador limitado a la niñez”* se ha avanzado **“hacia una consideración** (de los TDA, ahora sin H) **como conjuntos complejos y polifacéticos... de alteraciones evolutivas complejas de las funciones ejecutivas cerebrales”**. Y añaden: *“...el propósito de destacar la multiplicidad de formas (clínicas de los TDA) es un intento de contrarrestar a quienes tienden a hablar en términos simplistas como si se tratase de un trastorno unitario”*.

Como no podía ser de otra manera, a la hora de esbozar **hipótesis etiopatogénicas**, además de aludir a los aspectos evolutivos, también apuntan a “la asombrosa complejidad, inventiva y posibilidad de interconexión del cerebro humano”.

En cuanto a la **articulación de lo neurobiológico y lo ambiental** señalan la *“investigación muy escasa dedicada al papel de los estresores y apoyos ambientales pueden desempeñar en la conformación y el curso de las alteraciones”* y que se pueden *“empezar a encauzar estas cuestiones”* considerando *“en los modelos contemporáneos de enfermedad psiquiátrica... la importancia de estresores y factores protectores ambientales interactuando con la vulnerabilidad genética”* (MAZURE y DRUSS, 1995) y citando estudios que describen como **“las interacciones ambiente-neurotransmi-**



***sor... determinan circuitos neuronales, la neurofisiología y la neuroquímica cerebrales a lo largo del desarrollo*** (ROGENESS Y MCCLURE, 1996).

Con todo lo cual nos podemos preguntar si no anuncian un cambio en el actual paradigma del modelo “médico-biológico”, dominante en la psiquiatría anglosajona, y vuelven a una idea totalmente opuesta a su versión particularmente reduccionista, tan de moda estos últimos años, con la que lo han llevado a un callejón sin salida (“unos síntomas, una enfermedad, una etiología, un tratamiento”). Callejón en el que nunca quiso encerrarse una psiquiatría más preocupada por su tradición centrada en la psicopatología y en la complejidad del funcionamiento mental y del sujeto, así se trate de un niño o más bien precisamente por ello.

Descritas en detalle las peculiaridades clínicas y las diferentes perspectivas teórico-clínicas desde las que pueden abordarse, es inevitable comentar y subrayar, desde la perspectiva de este artículo y porque ha sido el factor motivador para escribirlo, la gran frecuencia con que en nuestro medio, hemos podido confirmar el diagnóstico de una personalidad border-line, en niños antes o después diagnosticados también de hiperactividad, casi siempre asociada con un déficit de atención y también con las denominadas “conductas de oposición” (y que posteriormente, si a sus dificultades de adaptación familiar escolar y social, se añaden encuentros con otros preadolescentes problemáticos, con los que se identifican masivamente, son los que terminan con el calificativo de “anti-sociales”).

Vemos que, desde varias vertientes, se plantea una importante cuestión clínica, la del diagnóstico diferencial con otras entidades (que abordaremos tras finalizar la descripción clínica) y que, por juzgarlas inseparables, irá asociada a la descripción de las líneas evolutivas.

## Las manifestaciones clínicas en un contexto relacional

Ya he insistido previamente en que sólo en un marco de relación continuada pueden observarse y diagnosticarse en toda su amplitud los fenómenos clínicos específicos del funcionamiento border-line. Solo un seguimiento clínico prolongado permite el despliegue de los fenómenos que describimos a continuación y su abordaje, que puede ser terapéutico y/o educativo, y que, en opinión que compartimos con otros muchos, debe incluir ambos en forma compartida<sup>15</sup>.

### 1. Fallos en los procesos precoces de apoyo y contención maternal (y paternal). Carencia de modelos de interiorización e identificación. Déficit de la capacidad de autocontención.

Aunque a menudo están presentes en forma clara en la anamnesis del niño (disociación familiar, separaciones, internamientos, hospitalizaciones), y otras veces aparecen más discretamente banalizados o silenciados en el relato parental (conflictos familiares, depresión materna, enfermedades, maltrato directo y manifiesto o camuflado en formas diversas de desatención), casi siempre se termina confirmando la existencia de discontinuidades, distorsiones y carencias en los cuidados maternos precoces (y en las relaciones que posteriormente provocan).

Como consecuencia se producen fallos en los procesos precoces de apoyo y contención maternal (y paternal), groseros o sutiles, que, padecidos ya en las interacciones de la crianza, repercuten en la interiorización de sentimientos fundamentales de inestabilidad e inseguridad, que a su vez condicionan serias dificultades para mantener el equilibrio y bienestar narcisista. La insuficiente interiorización de buenas

---

15 Esta descripción clínica recoge y desarrolla muchos de los aspectos descritos por Misès, a lo largo de su prolongada experiencia y de sus publicaciones, que nos han ayudado mucho en nuestra formación y práctica clínica y en sus desarrollos asistenciales.

experiencias “con un buen objeto” condiciona un sentimiento de desvalorización (del “no me han dado nada, no valgo nada para nadie” se pasa al “no tengo nada bueno, no soy capaz de nada”). Este déficit en la regulación de la estima de sí mismo afecta también masivamente a la confianza en sus capacidades y en particular en sus mecanismos de autocontención (“Piel psíquica” de D. Anzieu). El resultado es la dificultad de integración de sus impulsos y el sentimiento permanente de desbordamiento por exceso de tensión interna que da lugar a la evacuación brutal de afectos; en una “expulsión liberadora”, con frecuencia motriz, y sin ligazón con representación verbal alguna (“hacen pero no dicen” “pasan al acto sin explicación”).

A su vez esta “incapacidad de controlarse” aumenta, hasta hacerlos insoportables, sus sentimientos de inadecuación y fracaso y su culpabilidad por sus tendencias “disruptivas” (en un lenguaje más “pulsional”: agresivas, destructivas y por tanto “antieróticas”, en el sentido de que dificultan vinculaciones cargadas de afectos positivos). La multiplicación de experiencias relacionales “incontenibles” e “incontenidas” imposibilita los mecanismos psicológicos de reparación y reconciliación (“nadie me contiene” “nadie me entiende” “nadie me quiere”... lleva a... “nadie espera nada bueno de mí”... y a “no puedo querer a nadie, no espero nada de nadie” y correlativamente “tal y como soy ,no puedo quererme” o en el lenguaje que oímos al propio niño “¿por qué siempre la tengo que cagar?”).

Además la tensión que supone el no poder soportar afectos y emociones internas “incontenibles” explica la tendencia permanente a utilizar mecanismos defensivos arcaicos para “librarse” de ellos, en particular la negación y la escisión y la proyección al exterior, para no padecerlos “dentro de sí” (y como resultado: “todo lo que me pasa es culpa de alguien”... “siempre me están buscando y al final me encuentran”).

Pese a ello, o quizás también gracias a estos mecanismos, y a diferencia de los psicóticos, mantienen capacidades adaptativas relativamente eficaces para intentar restablecer vínculos

que les protejan y que pueden camuflar limitaciones múltiples. Sin embargo, la discontinuidad e ineficacia de estos mecanismos, les obliga, por la necesidad apremiante de combatir angustias intensas, a buscar a la desesperada relaciones de satisfacción inmediata, destinadas a un “relleno” de su vacío interno, pero que no favorecen la autonomía, ni el acceso a instrumentos simbólicos que les permita controlar su intensa vida fantasmática.

Suelen hacerlo, por ejemplo a través de mecanismos de escisión y organización de un “falso self” adaptativo, conformista y complaciente; pero en general persisten mecanismos mágicos y prelógicos de relación que idealizan esperanzas de relaciones (anaclíticas y narcisistas) en las que el otro atiende y satisface inmediatamente todas sus necesidades (ansiedad oral), y que explican la inestabilidad y oscilación relacional desde la euforia y control maníacos (para fusionarse con un objeto ideal) a la rabia y desesperación ligadas a profundos sentimientos de tristeza-depresión y abandono, y proyectadas sobre el objeto “abandonante” desvalorizado y despreciado (“lo quiero todo y lo quiero ya”... “y si no me lo das es porque me odias” ...o “te odio porque nunca me das lo que necesito..., y... no me vas a engañar distrayéndome con promesas de otra cosa”).

## **2. fracasos en el registro transicional. Insuficiente espacio y elaboración mental. Déficit de mecanismos de sustitución simbólica.**

Siguiendo a Winnicott y su concepto de “area y actividades transicionales”, –que describe, en el desarrollo psíquico favorable, el paso de una fase de ilusión omnipotente a un proceso de desilusión progresivo, favorecido por una adecuada actitud materna, que posibilita la creación y “apropiación” de objetos subjetivos “transicionales o intermediarios”<sup>16</sup>, que reemplazan a la madre ausente–, puede comprenderse la patología límite como resultado del fracaso de este proceso.

Incapaz de elaborar y poseer objetos internos “transicionales” y del placer mental que su creación y utilización conlleva,

el niño sigue enganchado al objeto real, a la presencia permanentemente de la madre. En esta dependencia extrema, que siempre provoca decepciones muy dolorosas, sólo puede: o defenderse activamente del sentimiento de intrusión e invasión (inseparable de la necesidad apremiante de su presencia, vivida como imprescindible, pero también imprevisible y “caprichosa”) rechazando bruscamente la relación; o sencillamente negarlo, tratando de ignorar su intenso sentimiento de dependencia y la importancia de la presencia del objeto, del otro<sup>17</sup> (pero arrastrando una anulación de la capacidad de expresar, verbalizar y matizar sus afectos y con ello un sentimiento de vacío interno imposible de comunicar).

La incapacidad de tolerar y elaborar la ausencia, y de consolarse con objetos y actividades (transicionales) sustitutivas, que además tampoco son reconocidas ni estimuladas por el entorno, lleva a la “imposibilidad de jugar sólo en presencia del otro” descrita por Winnicott (es decir la imposibilidad del placer del funcionamiento mental ligado a la elaboración y sustitución simbólica).

Esta incapacidad de separarse, es resultante y equivalente de una desaparición-destrucción de la función tranquilizadora de la presencia maternal. La imposibilidad de sustituir al objeto ausente se explica porque separación es un sinónimo y una condensación de agresión (recíproca) y destrucción (mutua). Y la interiorización de un objeto amenazante supondría incluir un elemento perturbador (perseguidor) en la mente. Por eso la

---

16 Winnicott elige el adjetivo “transicional” porque la creación de estos objetos y su utilización, tiene lugar en un espacio “intermediario”, situado entre la presencia y la ausencia materna, entre el día y la noche, entre la realidad externa y la ilusión subjetiva y porque permite articular su manejo y manipulación física con su incorporación y vinculación con la fantasía.

17 No preciso a lo largo del trabajo los múltiples aspectos y significados de la noción psicoanalítica de “objeto” (parcial y total, interno y externo, real o fantaseado, persona objeto de amor y odio, etc.) por entender que los lectores habituales están de sobra familiarizados con el término y deducen su significado a partir del contexto en que se utiliza.

tendencia a un excesivo apego a la figura materna, a través de su idealización desmesurada, que pretende, escindiéndola, liberarla de sus aspectos amenazantes.

Estos fenómenos mentales, y su correlato en el desarrollo y en el comportamiento que marca los procesos de separación y autonomía, se explican porque la incapacidad para crear un espacio potencial intermediario entre su mundo interno y la realidad externa (espacio transicional de Winnicott), no le permite metabolizar los imprevisibles estímulos externos, –y con ello distanciarse y protegerse de sentirse perplejo, invadido o atacado “desde fuera”–, ni adaptar y matizar la expresión de sus pulsiones y fantasías a las expectativas reales de su entorno, habitualmente sorprendido por la impulsividad y la “inadecuación” de las expresiones emocionales y afectivas descontroladas del niño border-line.

### **3. Defectos en la elaboración de la posición depresiva y dificultades en los procesos de separación-individuación. Vulnerabilidad a la pérdida objetal. Hipersensibilidad a la dependencia.**

En la medida en que no ha conocido el ejercicio de la función de contención materna, tampoco la puede interiorizar. Sometido así al riesgo de sentirse desbordado por el exceso de tensión interna e incapacitado para ligar y transformar afectos y emociones en representaciones simbólicas, expresables a través del lenguaje, los exteriorizará a través del cuerpo y la acción. Esta incapacidad de transformación y regulación del proceso primario en secundario, le lleva a desgastarse y agotarse en el control y dominio de los objetos externos, en detrimento de sus capacidades de interiorización y de acceso a un espacio mental intermediario. No hay por tanto mecanismos que permitan soportar el alejamiento materno, y no son posibles ni la creación de objetos “transicionales” de consuelo sustitutos, ni la de una representación mental tranquilizadora que permita esperar tranquilamente la vuelta de la persona ausente (permanencia de objeto).

Correlativamente, dificultados así los movimientos de separación-individuación, quedarán caracterizados por una marcada **vulnerabilidad a la pérdida objetal** que se manifiesta en la *hipersensibilidad a decepciones y separaciones*.

Su tendencia al apego fusional con un objeto maternal desmesuradamente idealizado y el deseo de incluirse y protegerse en su interior, se acompaña del pánico a sentirse invadido y poseído por un objeto tan poderoso (figura maternal englutidora). La oscilación permanente y el escaso margen entre la angustia de intrusión y la amenaza de vacío interno suele traducirse por la repetición desesperante de *conductas de apego regresivo que buscan experiencias de fusión-inclusión* (saltar sobre alguien, arrollarle hasta meterse y protegerse dentro del cuerpo... “materno”, buscando caricias corporales y satisfacciones regresivas tales como acaparar con voracidad todo tipo de “alimento”) seguidas –ante la reacción habitualmente huidiza o evitativa de la persona “receptora”– de *explosiones de rechazo agresivo*, a menudo seguidas de *estupor y desconcierto masivos* (“destrucción” del objeto y de sí mismo, “olvidame y muérete ya”..., “lárgate y deja de comerme el tarro”).

Por eso suele ser muy frecuente en su juego (dibujos, juego de roles) y en su conducta, la aparición de imágenes maternas todopoderosas, caprichosas, englutidoras y devorantes y su contraste con figuras paternas amenazadas, inconsistentes, débiles pero vengativas. A menudo en la convivencia diaria se plasman en bruscos insultos y acusaciones, dirigidos a compañeros o a adultos (“gorda, ballenato, chupapollas” / “cagao, pichalánguida” y otras lindezas) y también con el desarrollo grotesco de identificaciones masivas con tales personajes (“mirar como hago el putón” “ahora te acojonabas como un mariquita”).

Esta temática da la impresión de una problemática edípica típica, pero su carácter inestable, su impregnación de fantasías agresivo-destructivas, evidenciada por la emergencia frecuente

de “ecuaciones simbólicas”<sup>18</sup> y la persistencia de momentos de confusión fantasía-realidad, que invade su capacidad de percibir ésta objetivamente, obligan a calificarlas de “psudoedípicas o pseudoneuróticas”. (Por ejemplo el niño que no percibe a los adultos, hombres y mujeres, del centro de día como sustitutos de figuras parentales, y en vez de interiorizar su significado de terceros excluyentes y fantasear y curiosear posibles relaciones entre ellos, les acusa directamente y les insulta soezmente por cometer supuestas obscenidades sexuales, en un tono mitad maníaco y “de broma” y mitad rabioso y cargado de intensos sentimientos de abandono).

Insistiendo en la incapacidad para acceder al carácter estructurante de la triangulación edípica y siguiendo aquí las concepciones del desarrollo habitual del psiquismo de Melanie Klein, (necesaria escisión del objeto en bueno y malo –posterior **integración de los sentimientos ambivalentes de amor y odio en la posición depresiva**– necesidades de reparación y recurso a defensas maníacas para protegerse de las angustias depresivas), proceso que para que transcurra favorablemente necesita la buena cooperación de la función maternal, Misès sostiene que son las fallas precoces (“pregenitales”) de este proceso las que condicionan la vulnerabilidad a la pérdida objetal, para él una de las características estructurales fundamentales de la patología límite.

Para el niño, sus movimientos hacia la autonomía suponen, tanto para él como para su madre, una intolerable amenaza de destrucción mutua. Es así porque la persistencia de mecanismos arcaicos de escisión, imposibilita tolerar la ambivalencia y hace equivalentes alejamiento y agresión, separación y destrucción, ausencia y muerte. Sólo en la proximidad perma-

---

18 Término que propuso Hanna Segal, describiendo la dificultad para separar el símbolo y lo simbolizado y al desaparecer la distancia propia del desplazamiento simbólico, la confusión entre fantasía y realidad (con lo que las personas y situaciones externas adquieren, como en las pesadillas, características fantasmagóricas).



nente, sin decepción ni insatisfacción alguna, es posible la supervivencia de ambos.

Esta exigencia recíproca, y fusional, de relación ideal, gravita sobre el frágil equilibrio narcisista e impide todo movimiento de oposición, separación y autonomía, porque generan la activación de sentimientos y fantasías de destrucción y obligan a un férreo ejercicio de represión pulsional y un intento, imposible, de controlar cualquier emergencia de fantasías agresivas que, ni integradas, ni toleradas, son “expulsadas” del psiquismo (y como M. Klein postuló “proyectadas” y convertidas en amenaza “exterior”). La amenaza de caer así en sentimientos depresivos muy dolorosos (tristeza, dependencia, aniquilación - destrucción - separación) explica la tendencia persistente a evitarlo con mecanismos defensivos maníacos, que a través de la euforia los nieguen, tratando, sin lograrlo, de suprimirlos.

La conducta activa que trata de acaparar, imponerse y controlar al otro en forma omnipotente y maníaca, provoca, en el adulto, contraactitudes de protegerse y evitar sentirse invadido, que le dificultan el percibir que se trata, para el niño, de una defensa ante sentimientos profundos de depresión - vacío - abandono - desvalorización. Además, al estar impregnados de sentimientos de agresión y destructividad, el niño añade proyecciones “psicopáticas” atribuyendo al otro desconfianza y maldad injustas y caprichosas y merecedoras de actitudes reivindicativas y vengativas (“antes de que me la juegues, te la juego yo a ti”).

En consecuencia, y en la observación clínica lo vemos, se produce un apego fusional indiferenciado entre el niño y su madre-familia, que “como una piña” (negando y escindiendo toda dificultad interna y multiplicando la ilusión de controlarse y poseerse permanentemente) se defienden y protegen mutuamente de toda amenaza exterior. Esto explica su sistemática desconfianza y su hipersensibilidad hacia propuestas de intervenciones (sociales, escolares, terapéuticas) que pese a sus buenas intenciones, -que por impaciencia pueden transfor-

marse en precipitaciones intrusivas—, despiertan reacciones, tanto del niño como de su familia, que van desde el desinterés o el rechazo activo y explícito, hasta las actitudes paranoides que a veces llegan a ser delirantes.

#### **4. Fragilidad en el equilibrio narcisista. Organización patológica de defensas narcisistas.**

La patología narcisista ocupa, para Misès como para muchos otros autores<sup>19</sup>, un lugar central en el funcionamiento límite (con lo que muestra muy claramente que en su concepción, que él diría de la “psicopatología” más que de la “personalidad”, no se interesa por las necesidades diagnósticas de aislar y clasificar los fenómenos clínicos).

La incapacidad materna para investir al niño como objeto real, distinto de su objeto imaginario, y diferente de sí misma, le obliga a escindir en su percepción del niño todo atisbo de identidad propia o de aspiración personal. Desprovisto de este aporte de reconocimiento materno, este “no soy nadie para ella”, “nada de lo mío es percible”, crea un “defecto fundamental” en los cimientos narcisistas, en la capacidad de amarse y valorarse a sí mismo.

Al desconocer las experiencias de reparación y restauración (de sus penas y limitaciones) y de reconciliación, tampoco aprenden a ejercer estas funciones sintiéndose desprovistos de valía y de capacidades básicas de relación.

La emergencia de este vacío interno, del sentimiento de discontinuidad o de inexistencia de sí mismo (“self blanco” de Giovachinni), de “no saber ni cómo, ni quién soy”, la ausencia

---

<sup>19</sup> J. Manzano propone (en: “La dimensión narcisista de la personalidad”; Pendiente de publicación) incluir una “dimensión narcisista” como parámetro permanente en la comprensión y evaluación del desarrollo de la personalidad normal y patológica. También, conjuntamente con F. Palacio-Espasa, un “modelo multiaxial” del narcisismo (en: “Narcissisme paranoïde et narcissisme depressif: un modèle multiaxial du narcissisme”; pendiente de publicación, comunicación personal).

de una identidad propia, genera una inseguridad e inestabilidad permanentes y un sentimiento de desvalorización. Este insufrible “no ser nada para nadie” obliga a un incansable esfuerzo para dotarse de otra imagen, para sí mismo y para los demás.

Ciertos niños intentan “borrarse”, hacerse invisibles, pretendiendo no buscar ni esperar reacción o empatía alguna y evitarse así nuevas decepciones. Las actitudes de inhibición, de pasividad y renuncia, o la negativa a participar, no evitan, sin embargo el sentimiento de desvalorización, cercano a la depresión. Otros niños, o estos mismos en otros momentos, optan por tratar de controlar activamente todo movimiento o actividad de su entorno. La fanfarronería, la arrogancia y el menosprecio del otro, suelen conformar una actitud megalómana (“Self grandioso” de Kohut), que moviliza actitudes contratransferenciales inmediatas, que nos dificultan el ver en estas actitudes necesidades defensivas de auto-protección.

La necesidad de mantenerse a la altura de este Yo ideal desmesurado explica la tendencia a identificarse con personajes todopoderosos (pudiendo llegar a fundirse y confundirse con los roles grandiosos de estos, hasta “terminar creyéndoselo”. Por ejemplo: Supermán o algunos de los muchos personajes con poderes mágicos de películas y sobre todo de los videojuegos. También explica su habitual tendencia a establecer relaciones imitativas y especulares que tratan de copiar, hasta hartarle, a alguien que eligen como modelo, para “ser como él”. Esta persistencia patológica de la omnipotencia infantil (“yo soy él”), impide su transformación en ideales del Yo más asequibles (“me gustaría ser o hacer como él”), que permitan proyectos más realistas.

Las necesidades narcisistas parentales, que también tienden a proyectar en sus hijos grandes aspiraciones, –irrealistas e inalcanzables–, para combatir sus propios sentimientos de profunda desvalorización, no facilitan que las figuras del padre y la madre puedan servirles como modelos de identificación e imitación, –realistas, aceptables y asequibles–, que orienten las

motivaciones filiales (lo que les aleja de la problemática edípica y de las conflictividades neuróticas asociadas a ella).

La persistencia de elementos superyoicos más arcaicos, exigentes y sádicos, en los padres (tendencia “perseguidora” a la crítica severa y destructiva, y a exigencias desmesuradas, que se condensa en un “no vales-valgo para nada”) sobrecarga y dificulta los procesos de identificación del niño con ideales más tolerantes y tolerables y tiene como resultado la carencia de interiorizaciones superyoicas protectoras y flexibles (“si me esfuerzo podría ser capaz de aprender”). Al ser imprescindibles para determinadas adquisiciones psíquicas (entre otras: sentido adecuado del deber o de su propia valía; capacidad para el esfuerzo ajustado y de logros alcanzables con sus capacidades y limitaciones; tolerancia para sublimar su curiosidad y permitirse investigar temas que desconoce), su obstaculización impide también el poder concebir e investir la actividad mental como instrumento de placer.

Por el contrario, la sumisión y el mimetismo con los ideales megalómanos, lleva a imitar y a construir en forma ficticia, aparentes conocimientos y capacidades, “aprendidos” en la repetición y la rutina, –más por lo que tienen de “reconocimiento por hacer bien lo que debes” que por la curiosidad e interés que suscitan–, y a la estructuración de un “falso self”, que desconoce su propia identidad, negando en particular todos los aspectos relativos a sus dificultades y conflictos (por ejemplo repitiendo monótona y estereotipadamente frases hechas aprendidas como letanías).

Queda de esta manera inerte ante cualquier situación que, cuestionando sus apariencias, deje en evidencia sus limitaciones. El resultado es la tremenda hipersensibilidad a cualquier situación en la que pueda sentir el peso del fracaso y del ridículo y, para evitarlo, la constante tendencia a utilizar múltiples maniobras defensivas. Tanto la desconexión o desinterés discreto “no me puedo concentrar” o despreciativo “estoy aburrido de tanto rollo”; como la interrupción con absentismo o con violencia, y las diversas maniobras de distracción con

cambios de actividad o “tácticas de despiste”, configuran en su conjunto un cuadro de hiperactividad e interrupción de la atención.

El temor al ridículo está especialmente relacionado, –como causa y como consecuencia–, con su incapacidad para la sublimación y el interés intelectual y sus dificultades instrumentales y escolares (lenguaje defectuoso, inhabilidades motrices y de lecto-escritura, lagunas en conocimientos básicos) y con sus sentimientos de desvalorización respecto a su propia imagen y también en la imagen de su familia. Y todo ello se ve acentuado y confirmado por su habitual fracaso escolar progresivo.

Merece especial interés resaltar la frecuencia con que esta fragilidad e inseguridad, y las inevitables heridas narcisistas y reacciones de intensa rabia consecuentes, conducen –tanto en los tratamientos como en el medio familiar y, sobre todo, el escolar–, a actitudes de rechazo y ruptura, sentimientos de ser juzgados injustamente y perjudicados caprichosamente (“me tienen manía”, “no me hacen ni caso”), y finalmente a actitudes de intolerancia y violencia, precedidas o seguidas de huidas, más o menos bruscas, destinadas a escapar de la tensión creada. Obviamente la tendencia repetitiva a estas explosiones coléricas, con sus consecuencias (castigos excluyentes, expulsiones, absentismo) tiene un efecto patógeno, que acentúa las dificultades (tanto las relacionales y las posibilidades de tolerancia y adaptación, como los aprendizajes y capacidades instrumentales: desde el control emocional necesario para calmarse, escuchar y atender, hasta la capacidad de expresión verbal de los conflictos).

## **5. Trastornos del pensamiento. Mecanismos de escisión mental. Predominio del proceso primario.**

Los mecanismos de escisión y negación descritos y el funcionamiento adaptativo en forma de falso self, afectan también a los procesos de aprendizaje, igualmente marcados por el conformismo, el mimetismo y la apariencia de saberlo todo.

Tienden a invertir particularmente temas de conocimiento animistas y prelógicos acordes con su visión omnipotente, infantil y arcaica de las cosas y además creen que la posesión del conocimiento es una virtud “per se” que algunos poseen mágica y gratuitamente, y que no implica esfuerzo mental ni trabajo alguno. Lo que resumido en una expresión que les oímos formular muy a menudo se traduce en: “el que sabe sabe y el que no que se j...”.

En consecuencia, y por sorprendente que parezca, desconocen y rechazan la idea de que se acceda al saber a través del esfuerzo. Aunque quizás tampoco deba sorprendernos tanto en esta época de tecnología informática en la que todo juego y conocimiento se compra y se tiene, completo y programado de antemano, y se desarrolla más bien con habilidades manuales (en la inmediatez de la acción motriz) que con la deducción y creación imaginativa (en la espera del descubrimiento y la sorpresa del placer mental... derivado de la gratificación trabajosa de la curiosidad).

El precio de esta actitud, conectada con su incapacidad para, “deprimiéndose”, reconocer sus limitaciones y sus necesidades, les lleva al rechazo de toda dependencia hacia quién puede aportarles algo y ayudarles (el maestro o el terapeuta, son figuras vividas con proyecciones y sentimientos de temor, envidia y amenaza).

La vinculación de sus procesos de aprendizaje al establecimiento de una relación continuada de confianza depende, y es lo que puede salvarles, de su fragilidad psíquica. Ésta se manifiesta sobre todo en su necesidad de controlar al adulto para poder tolerar lo que éste le propone, sin sentimientos disruptivos de amenaza y fracaso. Pero frecuentemente esta relación de extrema dependencia pende de un hilo y basta cualquier “fallo” del adulto (distraerse, desviar necesariamente su atención a otra actividad, fijarse en otro niño o simplemente atenderle, ausencias obligadas, etc.) para provocar una auténtica catástrofe en **la capacidad de aprendizaje**, que **exige interés, quietud, concentración y paciencia** (¡justamente

todo lo que falta al hiperactivo!). Con la inevitable prolongación y repetición de tales situaciones de desencuentro, muy a menudo las consecuencias para el pensamiento y la representación mental son devastadoras. Las lagunas, por no decir océanos, de desconocimiento que pueden ir acumulando y las correlativas actitudes de rechazo y oposición a todo lo que implica relación de aprendizaje y esfuerzo mental, consolidan progresivamente una actitud “anti rollo mental” innegociable, (“me lo sé todo y no me interesan las chorradas”), y condicionan un fracaso escolar difícilmente reversible.

Esta actitud hacia el conocimiento se funda en un trastorno más básico y profundo, del que les resulta muy difícil tomar conciencia y aún más soportarlo y aceptarlo: el fracaso previo en la organización de su propio espacio mental.

La incapacidad de disfrutar del placer de pensar y de expresar sus fantasías, que le desbordan fácilmente y a las que no puede dar una representación verbal o formal adecuada, hace que resulte muy **obstaculizado el desarrollo de mecanismos neuróticos de elaboración mental y de simbolización** (acceso a los procesos secundarios de funcionamiento psíquico). Además de quedar así cerrado el acceso a la curiosidad intelectual, la incapacidad para modular afectos y fantasías brutales, se acompaña de su evacuación directa (impulsiva, provocadora, insultante) que al no poder vehiculizarse a través del lenguaje, ni desplazarse al terreno de la expresión simbólica, se vacía a través de la descarga corporal y de la acción (en detrimento de su capacidad de movilizar sus fantasías, jugar con ellas y disfrutarlas).

Esta descarga incontenible hacia el exterior refuerza sus fantasías proyectivas, que le hacen percibir a los demás como agredidos-agresores, amenazados-amenazantes. Además, lógica e inevitablemente, el mundo externo reacciona, al sentirse víctima de una agresión inmotivada e injusta, con actitudes, reales, de rechazo, de represión y castigo, o de violencia. Se cierra así el círculo que confirma las proyecciones amenazantes. Frecuentemente estos niños explican sus agresiones

justificándolas con un “él me ha pegado primero” que, sea verdadero o falso, para ellos es tan rigurosamente cierto que mantendrán su versión contra viento y marea convencidos de su sinceridad (plantea así, al igual que otros muchos comportamientos, la cuestión de su percepción-deformación-criterio de la realidad).

Los procesos de interiorización e integración de experiencias relacionales, y consecuentemente la búsqueda y repetición de *nuevas experiencias*, se alteran por el temor y la vivencia anticipada de que van a ser *displacenteras y frustrantes*, (o lo que es igual: las distorsiones en los mecanismos de introyección y proyección condicionan y deforman los procesos de interiorización y las características de los objetos internalizados).

En consecuencia se dañan las **capacidades de pensamiento** (de *curiosidad* esperanzada y de ilusión por aprender y, en consecuencia, *de mantener la atención y de espera tranquilamente*) **y de simbolización** (limitando la capacidad de invertir el conocimiento, el placer de pensar, y *la constancia y agilidad de los desplazamientos intelectuales*).

La precocidad y persistencia de estos fenómenos mentales no pueden dejar de impactar en la organización psíquica, y por ello los **trastornos instrumentales y cognitivos** son habituales.

## 6. Trastornos instrumentales y cognitivos

Con frecuencia suele ser difícil separar, cuándo estamos en situación clínica, qué parte hay que atribuir a estos peculiares mecanismos y disarmonías del aprendizaje, a las discontinuidades familiares, a las dificultades de relación y adaptación en el marco escolar, y cuánto corresponde a retrasos y defectos previos en la organización cognitiva precoz. Es un hecho que estos niños acumulan trastornos gnósticos, práxicos y del lenguaje, con afectación muy frecuente del aprendizaje de la lecto-escritura y de otras funciones (discalculia, etc.).

Estas dificultades funcionales condicionan y limitan su capacidad de comunicación y de relación y se hacen notar en



particular cuando afrontan las exigencias escolares. Habitualmente la confirmación de sus dificultades refuerza, tanto en los niños como aún más en sus padres, sentimientos de desvalorización, fracaso, incompreensión y rechazo, que se suman a sus dificultades previas. Las actitudes consecuentes a estos sentimientos (repliegue, desconfianza, inhibición) pueden inducir a confundir la naturaleza de las dificultades y a diagnosticar de déficit mental irreversible situaciones clínicas mucho más movilizables (inhibiciones severas, incapacidad para investir el conocimiento intelectual, bloqueos ligados al agotamiento “depresivo”, mecanismos de evitación relacional, etc.) pero acompañadas todas ellas de una disminución, objetiva y objetivable, del rendimiento cognitivo.

Es seguro que las distorsiones en la organización precoz de las experiencias de bienestar y satisfacción corporal no permiten la integración de una percepción unitaria de las experiencias sensoriales y motoras y condicionan severas **dificultades en la organización del esquema corporal y en las posibilidades de modular y canalizar la expresión motriz**. La *inestabilidad*, y la *inseguridad motora* y la *imprecisión, torpeza e insatisfacción* a que dan lugar condicionan inseparablemente tanto sus capacidades instrumentales como la frustración en su autoestima y la desconfianza en sus posibilidades.

Este contexto afecta en particular al lenguaje en su doble condición instrumental y comunicativa, de expresión motora sofisticada (muscular-laríngea) y de expresión afectiva y emocional (lingüística-simbólica).

Obviamente, estos trastornos instrumentales, unidos al fracaso de los procesos de elaboración neurótica (de organización y predominio del proceso secundario de pensamiento), son indisociables de una permanente *insuficiencia e insatisfacción en sus capacidades de comunicación, de relación y de aprendizaje*, que redundan en su severa fragilidad narcisista, y cuestiona su escasa autoestima, y se refuerza, sobre todo en el medio escolar, con la *repetición de experiencias frustrantes* que tratan de evitar con las consabidas y ya comentadas reac-

*ciones de arrogancia*: “esto no me interesa porque es una mierda”; *de menosprecio*: “me estáis hartando con tanto rollo”; o de rechazo, sea evitativo: “me largo”, o pasando a la *violencia* agresiva o destructiva, aparentemente carente de culpa: “os lo habéis ganado”.

Las peculiares características de su tipo de vinculación (dependencia anaclítica y fusional, fantasías de control absoluto o de intrusión, etc.) no pueden dejar de repercutir sobre sus capacidades de interiorización simbólicas y por tanto sobre sus capacidades creativas y de aprendizaje.

Su imposibilidad de pensar, de atender, de aproximarse a la lectura y la escritura, es decir al conocimiento, no es sólo un fenómeno cognitivo, puede verse parasitado, además de por los mecanismos defensivos que las dificultan (escisión mental, proyección), por la invasión de sentimientos intensos y paralizantes (dolor psíquico, estupor, desconcierto, confusión).

Conviene no olvidar que cualquier aproximación (terapéutica o educativa) a sus dificultades reactiva anteriores experiencias, con frecuencia vividas traumáticamente, por la connotación de fracaso y “humillación” que acompaña a toda situación de limitación e incapacidad evidenciada ante los demás.

Los fallos en la elaboración depresiva (reconocimiento de sus insuficiencias y de su dependencia del otro para solucionarlas, esperanza y aceptación de la ayuda y mayor capacidad de los demás, sentimiento de su propia responsabilidad en las dificultades y conflictos que padece) provocan una situación altamente paradójica. Por sus limitaciones necesita más ayuda y, con mayor avidez, impaciencia y desesperación cuanto mayor es su dificultad, pretende que se le solucione inmediata y mágicamente todo. Tarea imposible para cualquiera, se trate de padres, amigos, maestros o terapeutas.

La decepción es inevitable y la hipersensible, apasionada y temerosa expectativa de cualquier nueva relación, que siempre oscila rápidamente desde una esperanza de que sea idílica y perfecta, a una experiencia “real” de que resulta decepcio-

nante y odiosa, se traduce en la intensificación de su permanente vulnerabilidad a la pérdida objetal. Lo que da lugar a profundos y exagerados vaivenes emocionales y del estado de ánimo, en función de turbulentos intercambios relacionales, cuya importancia y trascendencia ulterior suele ser desconocida por sus propios protagonistas (no sólo el niño, sino también familiares, enseñantes y terapeutas).

Merece mención especial, dentro de los trastornos instrumentales, la cuestión de la organización psicomotriz.

La frecuencia con que la “torpeza” o, en lenguaje más sofisticado y “técnico” los “trastornos en el desarrollo de la coordinación”, están presentes, es una evidencia clínica que ha sido resaltada por autores de todas las tendencias teóricas. Se ha llegado incluso, en los países nórdicos y desde la década de los 80, a sustituir el diagnóstico de hiperactividad por el denominado “Déficit de atención, control motor y percepción” (DAMP) porque este último ha suscitado más consenso. La razón clínica que lo ha impuesto es que la asociación e interrelación entre hiperactividad, trastornos de atención y déficit del control motor es de tal frecuencia que obligaba a utilizar un término diagnóstico englobador que los reuniera (GILLBERG y cols, 1982). En la misma línea, como ya he comentado, empiezan a converger, ahora claramente y anteriormente de forma más esporádica, diversos autores americanos (AUGUST Y STEWART, 1982; BROWN, 2003).

Otra razón para detenerse en la cuestión, es la frecuencia con que en diversos países, la reeducación (psico)motriz es utilizada como instrumento de intervención terapéutica o rehabilitadora.

Ésta puede hacerse y se hace desde perspectivas diferentes. Una considera que se trata de “rehabilitar” funciones neurológicas deficitarias y procede con técnicas “fisioterapéuticas”. Otra, que se autodenomina “relacional”, entiende, conceptual y técnicamente, que el desarrollo motor es un fenómeno evolutivo vinculado e inseparable de la organización psíquica temprana y por tanto dependiente de las interaccio-

nes relacionales precoces, y que su “reeducación” debe incluir e incluso priorizar aspectos psicológicos y relacionales. (Desde esta última perspectiva, que él define como “más relacional que reeducativa”, M. BERGER (1999) ha prestado particular atención a entender y a tratar al niño hiperactivo, que él prefiere llamar “inestable”, proponiendo un modelo de comprensión al que ya se ha aludido anteriormente).

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y LÍNEAS EVOLUTIVAS**

Reúno en este enunciado dos términos, sincrónico uno y diacrónico el otro, porque desde una visión que vincula la psicopatología al desarrollo, y aún más desde nuestra perspectiva, –dinámica en lo conceptual y diacrónica, basada en largos seguimientos, en lo asistencial–, el diagnóstico no es algo cerrado y definitivo sino que depende de avatares biográficos, educativos y terapéuticos, no siempre previsibles ni uniformes. Se trata de describir las dudas y reflexiones teórico-clínicas, habituales en los contextos de sesiones-supervisiones clínicas, para buscar puntos de referencia que puedan orientar tanto las opciones terapéuticas como las evaluaciones terapéuticas y pronósticas.

### **Con las psicosis**

Para quienes comparten una visión estructural y psicodinámica de la personalidad, la mayor duda que se presenta a la hora del diagnóstico clínico es la diferenciación con las psicosis, (sobre todo con las formas clínicas más marcadas por fenómenos disociativos, simbióticos y deficitarios, que con las de predominio autístico). A la hora de la precisión conceptual no pocos piensan que solo pueden considerarse tres “estructuras psíquicas”: neurótica, psicótica y perversa. Quienes así piensan tienden a equiparar o aproximar el funcionamiento límite al psicótico. Proximidad y diferenciación que como hemos visto ha hecho cavilar a muchos autores ya citados, cuyas consideraciones no vamos a repetir ahora.

La “opción DSM” simplifica a primera vista las cosas porque suprime toda referencia a la psicosis, pero el problema resurge a la hora de englobar este tipo de funcionamiento límite en el estrecho marco del “autismo atípico” o de los “trastornos generalizados del desarrollo”. Como se ha dicho, habrá que ver en qué queda, en sus futuras versiones, la propuesta de un “trastorno múltiple del desarrollo”, hasta ahora no incluido, e incluso la posibilidad de eventuales modificaciones hacia una ampliación de los “trastornos de atención” en el sentido propuesto por Brown, e incluso hacia diagnósticos que recojan las múltiples comorbilidades “independientes” coexistentes (como en la opción nórdica aceptada a partir de las propuestas de Gillberg).

Volviendo a nuestra perspectiva de una psicopatología estructural psicoanalítica, quizá la posición que más consenso recibe es la de Bergeret, que él ha resumido en un cuadro muy conocido y que merece la pena reproducir por su utilidad teórico-clínica.

	SÍNTOMAS	ANGUSTIA	REL. OBJETO	DEFENSAS
<b>Psicosis</b>	Despersonalización Delirio	de fragmentación	Fusional	Renegación <sup>20</sup> Desdoblamiento del yo
<b>Pers. Límite</b>	Depresión	de pérdida de objeto	Anaclítica	Desdoblamiento de imagos Repudio <sup>21</sup>
<b>Neurosis</b>	Obsesivos histéricos	de castración	Genital	Represión

Parece interesante también aclarar algunas precisiones de este autor.

Recordando la metáfora de Freud —“si un mineral se rompe no es de cualquier manera, siempre lo hace siguiendo unas líneas de escisión (de fractura) cuyos límites y dirección, aunque invisibles desde fuera, estaban *determinados de manera*

20 Siguiendo la traducción de Laplanche y Pontalis (Dénegation= Renegación)

21 Idem para “Forclusion” = “Repudio”

*original e inmutable por la estructura previas del cristal” –y subrayando su propia versión psicogenética del desarrollo de la personalidad– “la estructura psíquica... poco a poco desde el nacimiento... en función de la herencia y sobre todo del modo de relación con los padres desde los primeros momentos de la vida, de la frustraciones, traumatismos y conflictos... y también de las defensas organizadas por el Yo para resistir las presiones internas y externas y las de las pulsiones del Ello y de la realidad... el psiquismo individual se organiza y “cristaliza” como un mineral con líneas de escisión (clivage) que ya no cambian después... y si se rompe lo hará según líneas de fractura preestablecidas” –Bergeret concluye en la “imposibilidad fundamental de pasar de la estructura neurótica a la psicótica o viceversa”*

Los elementos inmutables de la **estructura neurótica** serán siempre: la organización del Yo en torno a lo genital y lo edípico, el conflicto entre el Yo y las pulsiones, el predominio de la represión, la prevalencia de la libido objetal, y la eficacia del proceso secundario que mantiene la noción de la realidad. En la **estructura psicótica** en cambio, predomina la (de)negación, y no la represión, de parte de la realidad; predomina la libido narcisista; el proceso primario impone su dominio imperioso, inmediato y automático; el objeto queda fuertemente desinvertido; aparecen variadas defensas arcaicas muy costosas para el funcionamiento del Yo.

Entre ambas existen **“organizaciones que ocupan una posición intermediaria... la vasta categoría de estados límite con sus aspectos depresivos o fóbicos y su reorganización en forma de perversiones o patologías del carácter”**. Y precisa: *“posición intermediaria quiere decir situación gnosológica próxima de una de las dos grandes estructuras, pero entidad específica que de ninguna manera es un término de paso de la una a la otra”*. *“Sin embargo, este linaje intermediario se presenta como una organización más frágil que las otras dos estructuras y no como una estructura fija e irreversible... pudiendo, al contrario que ellas, cristalizar definitivamente en*

*uno de los cuadros vecinos*". En otras palabras, acepta una posibilidad evolutiva desde las organizaciones límite hacia una estructuración ulterior psicótica o neurótica.

Conviene también recordar la posición teórica de Otto Kernberg y el cuadro en que sintetiza los criterios diferenciales.

	Pers. Neurótica	Pers. Border-line	Pers. Psicótica
<i>Defensas arcaicas</i>	No	Sí	Sí
<i>Difusión identidad</i>	No	Sí	Sí
<i>Alteración criterio realidad</i>	No	No	Sí

En nuestra experiencia clínica nos permiten diferenciar el border-line del psicótico los siguientes parámetros clínicos:

- Distorsión paranoide respecto a personas o situaciones del entorno que también conservan rasgos percibidos correctamente y que no quedan (en el border-line) totalmente sumergidas en una neorrealidad delirante permanente (como en el psicótico). Por tanto, alternancia o simultaneidad del criterio de realidad con elementos de distorsión severos, frente a la permanente y total distorsión de la misma en la psicosis.
- Claro predominio de la problemática desatención-abandono, por parte del otro percibido como separado (en el border-line), en vez de problemática de indiferenciación-fusión-inclusión y en definitiva confusión con el otro (en el psicótico).
- Predominio angustias depresivas, de pérdida, de incapacidad (en el border-line), sobre las de fragmentación, despedazamiento, destrucción indiferenciada y catastrófica (psicosis).
- Búsqueda de relaciones de dominio, control y acaparamiento, turbulencia afectiva (en el border-line), versus predominio de defensas esquizoides, autísticas, que llevan a actitudes de "repliegue" y "aislamiento" que tratan

de evitar relaciones “humanizadas” cargadas de emociones y afectos (psicosis).

- Producciones (juegos, dibujos), en general irregulares y turbulentas, que alternan proceso primario y secundario (en el border-line) y que parecen emanar repetitivas, monótonas e incontrolables, solo del proceso primario, en el psicótico.
- Previsibilidad y conflictividad relacional “controlable” del psicótico, imprevisibilidad y conflictividad relacional más “incontrolable” del border-line.
- Hipersensibilidad reactiva a los acontecimientos e imprevistos relacionales cotidianos por parte del border-line, y en cambio persistencia de peculiaridades relacionales regidas “desde su interior” en el psicótico.

Estos elementos en su conjunto proporcionan una impresión de observar una evolución lineal con altibajos en el border-line, que parece cambiar de niveles y logros evolutivos y progresar, cuando en realidad repite incesantemente la vuelta a la repetición de mecanismos y comportamientos más arcaicos y regresivos, oscilando con otros momentos en que demuestra actitudes, capacidades y comportamientos “normales”. Por el contrario el psicótico parece estar parado, monótonamente, en los mismos mecanismos, cuando sin embargo son puestos al servicio de pequeños y lentos progresos evolutivos, más consolidados y menos oscilantes, dando a largo plazo (obviamente, en las evoluciones favorables) una impresión de evolución en espiral ascendente.

El border line nos da la impresión ilusoria de rápidos progresos, seguidos de inmediatas “recaídas”. El psicótico nos da la impresión de inmovilidad y de total ausencia de cambio, incluso cuando lentamente se produce (como quien sentado permanentemente ante un árbol es incapaz de ver su crecimiento).

En ambos casos conviene introducir la posibilidad de introducir una perspectiva más objetiva, y menos sesgada por los



efectos emocionales y afectivos inseparables de la relación directa e inmediata con estos niños, a través de instrumentos teórico-clínicos como la supervisión, individual o institucional, que permiten hacer del análisis de la relación un instrumento tanto de comprensión de los fenómenos psicopatológicos como de intervención terapéutica.

### **Con el déficit intelectual**

Aunque basta una observación medianamente prolongada para darse cuenta de las capacidades fluctuantes del niño límite, y por tanto es relativamente fácil descartar un diagnóstico de déficit-debilidad mental, conviene recordar que su psicopatología comporta importantes alteraciones cognitivas y limitaciones del aprendizaje, que pueden llevar a dudas diagnósticas, sobre todo si es observado en una única y breve observación clínica.

Es particularmente importante; desde el punto de vista clínico, determinar:

- La presencia de movilización del investimento y conocimiento intelectual producida por modificaciones afectivas y relacionales.
- La frecuente correlación de movimientos contrarios, desinvestimiento y desinterés por el conocimiento, con movimientos depresivos y de repliegue emocional y relacional.
- La ineficacia para el aprendizaje y la curiosidad intelectual de actitudes de “indiferencia y desinterés”, de menosprecio o desprecio, y de negación (todas ellas catalogables de maníacas).
- La variabilidad de resultados y la capacidad, a veces sorprendente, de invertir solamente algunas tareas, en función de motivaciones psíquicas diversas (movimientos identificatorios, influencias relacionales), en un contexto de incapacidad y fracaso generalizado.

- La diferenciación entre lagunas y deficiencias objetivables (malos resultados en tests psicométricos) y capacidades latentes (a veces ignoradas por factores contra-transferenciales).

### **Con la depresión y trastorno bipolar**

En la descripción clínica hemos insistido en los factores múltiples (sociofamiliares y biográficos, psicopatológicos) que hacen de la problemática depresiva un elemento fundamental de la comprensión del funcionamiento psíquico del border-line.

Por lo tanto, no puede sorprender que el diagnóstico de depresión acompañe frecuentemente y en diferentes momentos la trayectoria asistencial de estos niños, que como ya hemos dicho es habitualmente larga y variopinta. De hecho suele ser su sistemática respuesta insatisfactoria, a medio y largo plazo, tanto a tratamientos con medicaciones antidepressivas, como a los abordajes psicoterapéuticos y psicoeducativos habitualmente útiles en cuadros depresivos francos, lo que suele obligar a rectificar el diagnóstico inicial, –que suele aludir a la depresión o a otros diagnósticos sintomáticos (trastornos de conducta, hiperactividad, trastornos instrumentales: dislexia, etc.)–, y a plantear tratamientos polivalentes, que exigen recursos profesionales en general difíciles de reunir.

Tampoco es de extrañar que, de un lado por la presencia clínica de manifestaciones maníacas o hipomaníacas (euforia, actitudes de menosprecio, excitación y agitación, desinhibición, etc), y de otro por la extensión progresiva, en la psiquiatría infantil, de las concepciones médico-biológicas actualmente predominantes en psiquiatría de adultos, se esté extendiendo la hipótesis de que esta patología sea el inicio “prodrómico” de un futuro trastorno bipolar -PMD (psicosis maníaco depresiva).

Lo que sí sorprende más es la facilidad con la que se da el salto a proponer –basándose en lo que solo es un pre-judicio hipotético de tipo etiológico–, la prescripción de prolongados

tratamientos farmacológicos, idénticos a los utilizados en enfermos adultos y adolescentes que padecen un trastorno bipolar, éstos sí, confirmado clínicamente.

Confundir factores (familiares, psicopatológicos) de riesgo, con la enfermedad confirmada, y tratarlos como tal, supone, además de ignorar aportaciones fundamentales de la psiquiatría (factores de protección y prevención; multifactorialidad del desarrollo y de la evolución clínica; complejidad de factores genéticos y epigenéticos y variabilidad de su influencia; plasticidad neurobiológica, y un largo etcétera), una decisión cuando menos poco fundada científicamente.

Cabría exigir a quienes lo hacen desde una perspectiva “basada en la evidencia” el mismo rigor –en cuanto a estudios prospectivos, hasta ahora inexistentes, que demuestren que el futuro de estos niños es un trastorno bipolar y que la administración de “estabilizadores” (sales de litio y otros) lo evita–, que se exige para quienes tratan de demostrar la influencia favorable y preventiva de intervenciones relacionales (psicoterapéuticas, psicoeducativas) en la evolución clínica ulterior de estas patologías. Por el momento, administrar estos fármacos durante años a niños de corta edad, es una apuesta arriesgada cuyas consecuencias nos son desconocidas.

### **Con otros trastornos de la personalidad**

La experiencia clínica de tratamientos prolongados con niños border-line nos ha llevado a una concepción “dimensional” tanto de la comprensión del trastorno como de los movimientos y transformaciones evolutivas del mismo.

Como ya se ha dicho en la comprensión, organización y evolución de la personalidad border-line inciden múltiples factores (etiopatogénicos, clínicos y terapéuticos).

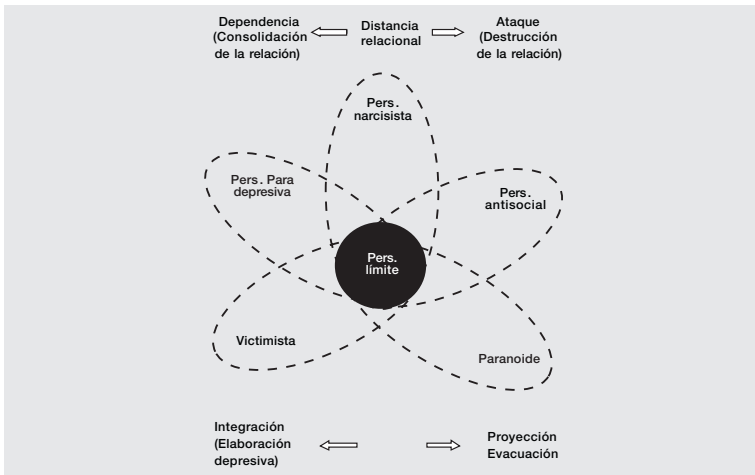
El esquema siguiente trata de representar a la vez algunos de los factores relacionales terapéuticos y su correlación con fenómenos clínicos y modificaciones del funcionamiento mental y conductual que permiten, a nuestro juicio, describir algu-

nas líneas evolutivas o cuando menos movimientos significativos en la (re)organización de la personalidad.

Obviamente, sólo la realización de estudios evolutivos a largo plazo de poblaciones significativas de niños tratados con procedimientos terapéuticos comparables entre sí, permitiría afirmaciones más concluyentes. Su puesta en marcha, que es seguro que exigirá medios complejos y costosos, sería muy necesaria y beneficiosa para la psiquiatría, tanto del niño, como del adolescente y del adulto.

Los dos polos o parámetros clínicos y relacionales que utilizamos como guía de orientación son:

- a) Desde el punto de vista de la **distancia relacional**, la oscilación entre, de un lado, una relación de dependencia, con reconocimiento progresivo de las vicisitudes afectivas ligadas a ella (agradecimiento, tolerancia, reparación), y del otro el ataque, y eventual destrucción, de toda vinculación personal y afectiva, con la negación de todo sentimiento de dependencia y gratitud, y con predominio de sentimientos agresivos (insulto, arrogancia, desprecio, humillación).
- b) Desde la perspectiva de su **correlación con mecanismos intrapsíquicos**, la oscilación entre: de un lado, la interiorización, y reconocimiento de sentimientos en conflicto, en otras palabras la integración de sentimientos, propios e internos, de carácter ambivalente (en términos de M. Klein, la elaboración que da acceso a la “posición depresiva”), y del otro, la tendencia a evacuar y proyectar “fuera de sí mismo” todo sentimiento de malestar, atribuyendo y culpabilizando al otro de la responsabilidad de su propio sufrimiento interno (funcionamiento con rasgos característicos de la “posición esquizo-paranoide” kleiniana).



### Los movimientos o polos extremos que resultan de ambas tendencias contrapuestas conducirían a:

- Movimientos hacia la consolidación de **vivencias y fenómenos depresivos y paradespresivos**, cuando predominan las experiencias de dependencia afectiva y las angustias de pérdida y separación. Es la mejor posibilidad porque predispone al reconocimiento de dificultades y a la elaboración, compartida en una relación terapéutica, de posibles salidas evolutivas.
- Movimientos hacia la consolidación de **rasgos antisociales** cuando predomina la atribución al otro de todo malestar y su organización progresiva en forma de reproche vengativo permanente. Es la más inquietante, porque favorece la tendencia a actuar contra el otro, imposibilitando cualquier esfuerzo de interiorización y reconocimiento de sus propios problemas. Además, la entrada en la adolescencia, facilitará la "sintonía colectiva" con otros adolescentes de tendencias semejantes, que refuerza la "colectivización" y la dilución de cualquier sentimiento de responsabilidad individual y la sensación de "normalidad", o "egosintonía", de sus conductas: "Todos, salvo

los miedosos o los tontos, piensan y actúan como yo/nosotros”.

Entre ambas pueden observarse, entre otras, **varias posiciones o movimientos intermedios** diferentes. Los que hemos observado con más evidencia son:

- Movimientos hacia la organización de rasgos de personalidad narcisista, cuya característica esencial es la hipersensibilidad a la atención, aprecio y admiración por parte de los demás (para confirmar una imagen idealizada y a veces exageradamente grandiosa de sí mismo). Necesidad que paradójicamente es simultáneamente negada y camuflada con actitudes de arrogancia, indiferencia y desprecio (para confirmar su siempre insegura superioridad rebajando con autosuficiencia a los demás). La consecuencia de este peculiar funcionamiento es la permanente insatisfacción e inestabilidad en sus relaciones con sus iguales, que sólo son soportables para el niño narcisista en tanto que le adulan o aceptan sus exigencias. Posición que impide a estos niños tolerar el tener que someterse a la reglas que cualquier juego o relación de amistad imponen (reconocimiento de jerarquias, aceptación de roles secundarios, soportar la mayor habilidad de otros, sacrificar el interés propio al deseo del amigo, preferir al amigo con sus flaquezas que sacrificarlo por cualquier recién venido “superior”, saber guardar un secreto a pesar del “beneficio” de revelarlo, etc.) y que constituyen las más importantes adquisiciones que caracterizan el periodo de latencia. Su incapacidad para hacerse amigos fieles y para participar en juegos compartidos se convierte a su vez en motivo de insatisfacción narcisista fácilmente proyectada, exculpatoriamente, en los demás: “me rechazan, me tienen manía” o “no me comprenden”, “no me interesan sus juegos”.

Mencionadas estas incapacidades, conviene también señalar que los rasgos narcisistas suponen también un

progreso beneficioso porque, al dar acceso a un cierto estilo de relación (marcada por la “indiferencia emocional”, la “autonomía distante”, y algunos otros mecanismos con los que tratan de mantenerse en relación, siempre que no se cuestione su inseguridad y sufrimiento) permiten progresivamente y en los casos en que se mantiene prolongadamente un contexto relacional favorable, elaborar la necesidad de reconocimiento recíproco con el otro y la entrada en la tolerancia (“todos tenemos necesidades y defectos”) y en la ambivalencia (“puedo odiar y necesitar a la misma persona, puedo ser insoportable y agradable con los demás y, por eso, puedo ser odiado y apreciado”).

- Cuando se mezclan elementos depresivos (desvalorización o “baja autoestima”, sentimientos de incapacidad y de ser rechazado por sus insuficiencias, experiencias repetidas de fracaso) con elementos defensivos paranoides (“nadie me ayuda, todos me critican”) se produce una peculiar y frecuente situación que propongo denominar “victimismo”. Se trata de situaciones que no conviene banalizar, por estar muy “enredadas” y ser muy difíciles de movilizar. Suele confluír una particular sintonía, por no decir una fusión indeferenciada, entre la visión del niño y la del entorno familiar, que también acumula experiencias, reales y subjetivas, de fracaso personal y social (enfermedad, paro, carencias económicas y afectivas etc). El resultado es una cerrazón familiar compartida, con una desconfianza masiva hacia cualquier propuesta “que venga de fuera”, que refuerza mecanismos de dependencia arcaica y muy infantil entre los miembros de la familia, que “hacen piña” y “se protegen” contra cualquier “intrusión” de “desconocidos” (se trate de profesores, trabajadores sociales, terapeutas o simplemente vecinos). Nos ha llamado la atención la frecuencia con que se descubre que esta posición victimista compartida subyace bajo situaciones difíciles de entender: fobias

escolares y absentismos muy prolongados; situaciones de aislamiento, rechazo y por tanto fracaso de cualquier propuesta de ayuda; eternización de situaciones de pasividad e inactividad “sub-depresivas”, tendencia a la obtención permanente de rentas de invalidez y reconocimientos de incapacidad, etc.

- Cuando lo que predomina es la búsqueda de cierto equilibrio personal basado en protegerse del peligro que suponen los demás, erigidos como amenazantes e incluso como perseguidores activos, asistimos a una fácil transformación del victimismo en movimientos calificables de paranoides. No siempre se convierten en rasgos estables, sino que con frecuencia son períodos transitorios. Hay que tener en cuenta que, aunque puede basarse en proyecciones subjetivas que deforman la realidad, en particular en un lugar como un centro de día en donde la agresión y la amenaza está al orden del día, puede ser un mecanismo “de supervivencia” que supone cierta “previsión protectora” ante la hostilidad ambiente (que hace recordar el concepto de “sana paranoia anticipatoria”... que O. Kernberg atribuye ¡a los líderes con buen olfato institucional!). Para no exagerar este eventual significado positivo de estos movimientos paranoides, conviene matizar que hay dos situaciones frecuentes en las que sí nos parecen positivos. Una, cuando suponen una manera de salir de aislamientos psicóticos en los que cualquier contacto o aproximación eran imposibles previamente, y otra, cuando suponen una especie de focalización (calificable de pre-fóbica) que permite moverse con más soltura y seguridad en un entorno compartido. Precisamente porque las situaciones o personas que “absorben” todo el peligro pueden ser mantenidas a distancia y basta evitar su aproximación para recuperar cierta tranquilidad y estabilidad. Se pueden así permitir incluso el establecer relaciones estables con “protectores”, que acuden en su ayuda cuando el amen-



zador-perseguidor se aproxima o amenaza con hacerlo. En cambio otras posibilidades más inquietantes son: una, que las tendencias proyectivas paranoides se extiendan y conviertan en actitud generalizada y permanente, dando lugar a la consolidación de una personalidad paranoide en sentido estricto; y otra, que se sobrecargue de tendencias agresivas y destructivas activas, y el “atacar preventivamente” a cualquier enemigo siempre al acecho se convierte en un rasgo estable, “egosintónico” y prepotente que va configurando una personalidad “vengativa” (“se va a enterar antes de tocarme”) y, sobre todo, si encuentra estímulos y sintonías grupales, psicopática.

Evidentemente, junto a los parámetros clínicos predominantes en lo anteriormente esquematizado, si se busca una visión dinámica y global de la estructuración de la personalidad, otros elementos clínicos complementarios son también esenciales para una evaluación clínica y terapéutica correcta, que permita articular aspectos metapsicológicos teóricos con la comprensión de evidencias conductuales y de actitudes observables por cualquier profesional en contacto con estos niños:

- **Variaciones del criterio de realidad:** oscilante, distorsionado, inexistente, instalación permanente o duradera en una neo-realidad delirante, que con más frecuencia tiene carácter pasajero en forma de “ramalazos” delirantes (que unidos a la exteriorización y evacuación de sentimientos y fantasías intensamente amenazantes pueden completar una apariencia “alucinatoria”).
- **Tipos y evolución de fantasías:** con predominio libidinal (de cuidados, protección y reparación, que se traducen en juegos y dibujos en la aparición de médicos, bomberos y otros cuidadores...) o por el contrario predominio agresivo-destructivo (agresión brutal, muerte y destrucción, catástrofes y cataclismos...) y todas las intrincaciones intermedias entre ambas: escenas de devoración y oralidad sea peligrosa (caníbales, tiburones y monstruos

devorantes; aspiración despedazante y mutuamente amenazante), o sea de incorporación y regeneración (embarazos y otras inclusiones, rellenos y expulsiones sorprendentes); fantasías depresivas (abandonos, pérdidas y reencuentros; reparaciones heroicas o imposibles; muertes lamentables y resurrecciones milagrosas); melancólicas (ruina y miseria, desesperanza irreparable); maníacas (hazañas espectaculares; identificaciones con superhéroes benignos, malignos o ambas cosas a la vez).

- **Medio utilizado para expresarlas:** actuadas explosivamente, incorporadas en determinadas actitudes (identificación con roles agresivos u omnipotentes), representadas en juego de roles, simbolizadas a través del juego o del dibujo, verbalizadas (en forma brusca y evacuativa o en forma modulada y comunicativa).
- **Imagen de sí mismo y de los demás** más o menos escindidas o integradas: por ejemplo idealizaciones positivas o negativas que distorsionan la percepción de sí mismo y del otro: atribuciones de poderes mágicos o exagerados, “construcción” imaginaria de perseguidores amenazantes; o, por el contrario, reconocimiento de cualidades y limitaciones propias y ajenas.
- **Modo de expresión de afectos y sentimientos:** evacuación incontrolable con o sin reconocimiento posterior (actings, “intolerancia a la frustración”), canalización a través de diferentes medios (lúdicos, juego de roles, dibujo, relato verbal), capacidad de reconocer (“a posteriori”, en otros o en sí mismo) vivencias emocionales.
- **Establecimiento y evolución de relaciones:** con iguales, familia, maestros, terapeutas (consideración de sus intervenciones, aceptación de comentarios, enseñanzas, interpretaciones etc). Transformación de sentimientos y afectos (de paranoides, a depresivos y a ambivalentes).

Los habituados a la formación y a la práctica psicoterapéutica conocen la correlación de todo lo descrito con el predominio y evolución de ciertos *mecanismos de defensa* y con

el establecimiento y modificación de *aspectos transferenciales*, pero no hay que cansarse de insistir en que las intervenciones terapéuticas con estos niños necesitan ser plurales y que la traducción de lo metapsicológico a un lenguaje más “interprofesional” es imprescindible

## **EL PASO FALLIDO POR EL PERÍODO DE LATENCIA**

Una de las características que resaltan, en negativo, la trascendencia evolutiva del trastorno border line es la ausencia, en su funcionamiento psíquico, de las complejas adquisiciones psíquicas que caracterizan y constituyen la esencia del período de latencia, particularmente importante para el desarrollo en general y para la organización de la personalidad en particular.

Resumiendo, las principales carencias del border-line afectan:

- a la consolidación del placer del funcionamiento psíquico (capacidad de desplazamiento simbólico; investimiento del conocimiento; canalización y vitalidad permanentes de la curiosidad);
- al equilibrio entre el placer del control y el control del placer (corporal y mental): habilidades motrices; satisfacciones autoeróticas tanto en la capacidad de “moderar” y “adecuar” la masturbación sexual directa como a la de desarrollar la “masturbación mental”: erotización de la fantasía, juegos mentales tales como el placer de recordar, la elaboración de reglas mnemotécnicas, listas y colección de conocimientos, etc.
- a la capacidad de sublimación (modulación de pulsiones agresivas; expresión de afectos eróticos indirectos: ternura, pudor, nostalgia);
- a la integración de sentimientos ambivalentes y aceptación de las limitaciones propias de la “elaboración depresiva” (reconocer y tolerar virtudes y defectos propios y ajenos; equilibrio entre pulsiones agresivas y reparado-

ras, capacidad de soportar la rivalidad en la competición y complicidad de los juegos reglados);

- al progreso de la autonomía y distanciamiento, físico y afectivo, respecto a los padres (y a la correlativa interiorización de figuras parentales consistentes y estables).

Esta breve enumeración condensa en realidad el resultado de un prolongado y costoso trabajo de elaboración psíquica que constituye el núcleo esencial del desarrollo psíquico (y de la organización de la personalidad) en el período de latencia, permitiendo el acceso a algo –aparentemente tan trivial, cuando un niño va bien, y tan complicado en caso contrario–, como es la adaptación escolar con la complejidad de aprendizajes y de relaciones sociales que conlleva.

También desglosa la cantidad y complejidad de operaciones psíquicas que se ocultan bajo otros conceptos y denominaciones que, con su aparente simplicidad, de un lado se han extendido excesivamente y de otro categorizan y uniformizan situaciones clínicas diferentes y complejas. Me estoy refiriendo a nociones tales como “inmadurez afectiva”, “intolerancia a la frustración”, “dificultad en el control de impulsos” y otras, que fácilmente son consideradas no solo como constituyentes de un conjunto psicopatológico o síndrome específico, sino también como atribuibles a una etiología neurobiológica unitaria. La importancia de esta visión está en que no solo puede afectar a la comprensión de los síntomas, pudiendo dejar de lado factores diversos y complejos (evolutivos, familiares, biográficos, traumáticos), sino también a las opciones terapéuticas.

## REPERCUSIÓN DE LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

### Cambios corporales

El impacto de las modificaciones corporales, y la turbulencia hormonal y pulsional concomitante, suponen vivencias de difícil integración y metabolización para el border-line. Es así porque además del plus de tensión y excitación que añaden,

también sobrecargan la inseguridad y vacilaciones de una frágil y oscilante identidad, agravando su ya natural tendencia al desbordamiento mental. A su vez este desbordamiento pulsional, afecta a su imagen corporal, –que se ve afectada ahora por el añadido de significaciones vinculadas al empuje de tensiones agresivas y sexuales–, y que estará directamente imbricada con la construcción de su “nueva” identidad.

En otro trabajo<sup>22</sup> he descrito las tres tipologías de imagen corporal que se construyen en la adolescencia.

El cuerpo **“cómplice”** corresponde a una imagen del cuerpo, vivido como amigo-compañero, que ayuda a consolidar un proyecto de nueva identidad. Se corresponde con un narcisismo tolerante, con una buena imagen de sí mismo, y con un ideal del yo alcanzable. Las actitudes hacia el cuerpo que la acompañan consisten en adornarlo y embellecerlo (maquillaje, tatuajes, pearcings), cuidarlo (ropa, higiene, cosméticos), trabajarlo (disciplina deportiva, dietas y ascetismo protector). Evidentemente resulta de la prolongación de buenas experiencias corporales previas, y de su integración psíquica, en la latencia

El cuerpo **“prótesis”**, trata de compensar las fragilidades de la identidad, y la “baja autoestima”, en una inflación narcisista y megalómana de la imagen corporal, destinada a camuflar debilidades e inseguridades. La exageración en los signos de “fortaleza” corporal, su excesiva y a veces grotesca visibilidad, los cambios continuos de aspecto por un mimetismo inmediato con modelos de identificación muy pasajeros y variables, y sobre todo el que no ocurran como fenómeno que consolida su pertenencia a un grupo de coetáneos, suelen caracterizar al border-line. La necesidad de construirse una falsa apariencia, con exageradas manifestaciones de fuerza y provocación, puede llegar a la necesidad de recurrir, para con-

---

22 A. Lasa, Experiencias del cuerpo y construcción de la imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias, *Psicopatol salud ment.* 2003, 2, pp. 53-74.

firmar su fortaleza, a la agresión repetida de los más débiles (niños y ancianos, vagabundos, homosexuales, y, como ocurre a diario en un contexto de institución terapéutica, a los “más subnormales” o “más locos”).

El cuerpo **“adverso”** se caracteriza por ser vivenciado como incontrolable y explosivo, y, en diferentes grados, detestable y culpable de todo malestar psíquico. Esta imagen se corresponde con la necesidad de que la rabia narcisista destructiva encuentre una víctima sobre la que descargar. “Te odio, te castigo, te destruyo” son, a menudo, las palabras con que en ciertos diarios expresan los adolescentes esta tendencia autoagresiva hacia su cuerpo decepcionante y responsable de su malestar. Pero, sobre todo, los sentimientos que les llevan a todo tipo de actos y conductas con las que agreden a su cuerpo, como si les fuera ajeno. La variedad y frecuencia de ataques, estéticos y físicos, a su cuerpo es de sobra conocida: desde las quemaduras, escarificaciones, multiperforaciones, etc., hasta otras variantes “ascéticas” de punición y privación de placer, o de imposición de cadenas, “grilletes”, y otras cargas y aditamentos pesados y ferruginosos. En las variantes más extremas las tendencias suicidas, o el flirteo permanente con el riesgo extremo, que además queda banalizado y negado con una actitud de prepotencia, plantean situaciones clínicas muy difíciles.

Como es fácil de deducir los adolescentes border-line construyen su imagen corporal conforme a las dos últimas variantes, que corresponden a su insuficiente equilibrio narcisista y a las oscilaciones de su autoestima. Pero su expresión, a través de la imagen y la conducta corporal, puede ayudarnos a abordar esta problemática subyacente que, por sus dificultades de verbalización e introspección, resulta difícilmente accesible.

### **Influencias externas y diagnóstico clínico**

El paso por la adolescencia tiene algunas características generales que se superponen y refuerzan aspectos de funcio-

namientos propios o prevalentes de ciertos tipos de personalidad y que pueden inducir a errores clínicos al tomar fenómenos pasajeros como elementos de un diagnóstico definitivo. En nuestra experiencia conviene considerarlos, en principio, como situaciones transitorias, esperando para confirmar un diagnóstico de trastorno de la personalidad a la observación más prolongada de “macrosecuencias” evolutivas. También ocurre que el carácter grupal y compartido de ciertas actitudes y conductas nos dificulta el distinguir si ciertas alteraciones son “sociales” o “patológicas”.

En particular, y en primer lugar, conviene valorar cuidadosamente **situaciones frecuentes que a cualquier adolescente le aproximan al funcionamiento border-line** tales como:

- las oscilaciones habituales normales del tono afectivo y relacional que pueden tener particular intensidad y duración;
- su tendencia natural a la discontinuidad, inconstancia y volubilidad, que condiciona cambios permanentes, interrupciones injustificadas, entusiasmos perecederos y “bajones inexplicables”;
- las dudas y confusión respecto a su nueva identidad
- la facilidad con que deforman, por razones emocionales y afectivas, o aún más por usar sustancias tóxicas, su criterio de realidad.

Estas situaciones incluyen episodios y manifestaciones normales, aunque llamativas y a veces inquietantes, tales como: omnipotencia e idealización del pensamiento; oscilaciones entre desvalorización y euforia hipomaníaca; deseos y temores de relaciones de dependencia fusional; reacciones de hipersensibilidad al abandono; tendencias dismorfofóbicas y sensibilidad autoreferenciales; oscilaciones entre períodos de hiperactividad y de inhibición y apoltronamiento; tendencia a quejas hipocondríacas regresivas

Si, de un lado, el adolescente normal presenta tales manifestaciones “casi border-line”, de otro lado, el auténtico bor-

der-line que entra en la adolescencia con su identidad inconsistente y su particular inestabilidad emocional y relacional, se ve llevado a mimetizar, calcar y someterse a los clichés habituales de los grupos de adolescentes, en los que generalmente trata de entrar sin consolidar una pertenencia estable en ellos.

En segundo lugar, merece particular atención la facilidad con que se contagian de las habituales **tendencias y conductas “psicopatiformes o psicopatizantes”** de los grupos de adolescentes.

Señalo alguna de ellas, que se extienden fácilmente, por la tendencia natural de todo adolescente al respeto y fidelidad total a las leyes y hábitos de su grupo, porque necesita de esta sintonía incuestionable para reafirmar su “neoidentidad” grupal:

- Contagio de tono hipomaniaco y megalómano: “no hay nadie como nosotros, todos los demás son unos pingaos”.
- Tendencia compartida a la obtención de gratificación inmediata (avidez oral) y a la exigencia violenta (sadismo anal): “que nos lo den ya y si no se van a enterar”.
- Dilución de la responsabilidad y la culpa individual en el anonimato colectivo protector: “hemos sido todos”.
- Desculpabilización y aconflictividad de la arrogancia: “hago lo que harían todos si no fuesen tontos o caguetas”.

En tercer lugar, hay que valorar los aspectos clínicos derivados de la **intensa necesidad de autoafirmación narcisista** del adolescente, que plantea dudas clínicas porque la exacerbación de la hipersensibilidad hacia el otro y hacia su propia imagen nos obliga a diferenciarlo de un verdadero un trastorno narcisista de la personalidad.

Reseñando estas tendencias naturales del adolescente, –y también veremos en el border-line su imitación o consolidación–:

- Fragilidad-hipersensibilidad y dependencia de la opinión y de la mirada del otro.
- Tendencia al egocentrismo y la autoreferencia.



- Actitudes de arrogancia y la necesidad de construir un ideal de yo (autoimagen) grandioso.
- Actitudes menospreciantes, sobre todo de padres y de otros adultos.
- Reacciones de fanfarronería, orgullo y prestancia (fijación al narcisismo fálico).
- Descargas de sadismo y autoritarismo (fijación al narcisismo anal).
- Hipocondría regresiva acaparadora.

## PLANTEAMIENTOS Y PROBLEMAS TERAPÉUTICOS

### Los parámetros psicopatológicos

Trataré de resumir los “ejes” sobre los que basamos nuestra observación clínica, que son también los “temas” en torno a los que se organiza la intervención psicoterapéutica (sea individualmente o compartida en equipo con intervenciones psicoeducativas complementarias: reeducación psicomotriz y del lenguaje, pedagogía relacional individualizada, etc.).

Todos ellos resultan de los mecanismos psicopatológicos que he ido describiendo, y que deben calificarse como tales por:

- su tendencia repetitiva;
- la incapacidad del niño para modificarlos sin ayuda externa;
- su efecto amputante de las capacidades potenciales del niño;
- su repercusión constante y cada vez más irreversible en el desarrollo psíquico.

Por lo tanto cualquier variación, a mejor o a peor, en estos mecanismos, supone un criterio de evaluación y pronóstico y una guía para la intervención terapéutica.

Como se ve también todos tienen una doble particularidad:

- la de estar presentes tanto en el funcionamiento límite como, en mayor o menor grado, en otros muchos niños hiperactivos, por no decir en todos;

- la de condicionar cualquier intento de relación que además es indispensable para que se pueda intentar modificarlos.

### ***Defensas maníacas***

Se plasman en una actitud que dificulta cualquier intervención relacional y cuyos elementos fundamentales son:

Como mecanismo antidepresivo que son, tratan de combatir un sentimiento de desvalorización que les lleva a no aceptar ninguna necesidad de ayuda, en gran parte por temor a nuevos fracasos.

Cualquier intento terapéutico choca con su tendencia general a negar sus propias dificultades y a iniciar tareas difíciles.

Las constantes proyecciones acusatorias y las ideas y sensaciones de autoreferencia acompañantes, “confirmadas” por experiencias de fracaso anteriores, se oponen activamente a una relación terapéutica basada en la confianza.

La posición del terapeuta tendrá que insistir en su intención de ayuda, salvando las dificultades contratransferenciales inevitables que esta actitud maníaca del niño conlleva (rechazo, menosprecio, “indiferencia” y “desinterés”). En contrapartida, el punto esencial sobre el cual se basan las posibilidades terapéuticas es la necesidad desesperada, del niño; de agarrarse a una relación estable en la que apoyarse “para todo”.

### ***Dificultades en la integración corporal y organización motriz***

- La torpeza motriz y la impaciencia son la cara conductual visible de la ausencia “piel psíquica”, de su incapacidad de contenerse y de soportar la espera.
- La regulación de ritmos, secuencias, límites será una tarea fundamental en la que tendrán que experimentar el paso de la incapacidad al ejercicio y el logro, progresivo y con esfuerzo.

- Igualmente deberá transformar el predominio de la evacuación emocional y la impulsividad motriz hacia la canalización pulsional.

Todo ello nos lleva, en nuestra experiencia clínica a utilizar preferentemente, –sobre todo como actividad preparatoria a intervenciones más centradas en la elaboración psíquica, que inicialmente les resulta más dificultosa–, técnicas basadas en terapias psicomotrices que permiten abordajes más lúdicos, mejor soportados, y la inclusión gradual de elementos que van permitiendo un trabajo de introspección (comentarios “del juego”, escenas representadas en juego de roles, tolerancia de dificultades y torpezas compartidas, etc.).

### ***Vulnerabilidad narcisista***

- El déficit de la capacidad de ilusionarse con nuevas tareas es la norma en estos niños con una historia previa de fracasos repetidos. Por eso, frente a cualquier nueva propuesta, tienden a evitarla con actitudes y tácticas diversas, más que a aventurarse en ella arriesgándose otra vez a un nuevo fracaso.
- La consecuencia –porque a hacer bien se aprende haciendo primero mal y después regular–, es que la renuncia a la práctica y esfuerzo les condena a la cronicación de sus limitaciones instrumentales y sus carencias cognitivas y del aprendizaje.
- Su particular dependencia anaclítica y su inestabilidad afectiva hace que su oscilación entre el control y búsqueda permanente del otro y la ruptura, decepción y desinterés bruscos ante cualquier aproximación, coloque a cualquier intento terapéutico o educativo al borde de la ruptura y el abandono.

Por lo tanto, todo proyecto terapéutico, ya de por sí difícil, exige un particular trabajo de coordinación que garantice la continuidad de cuidados entre profesionales dispuestos a colaborar en proyectos individualizados para cada caso y siempre largos. Merece particular mención decir que si no se

puede garantizar unos recursos mínimos indispensables conviene no embarcarse en promesas terapéuticas ilusorias, que forzosamente conllevarán decepciones y rupturas complicadas. Igualmente insistiré, para evitar un negativismo que nos condena a la inactividad, en que hay que distinguir entre las dificultades de estos tratamientos y la imposibilidad de realizarlos.

### ***Fallos en la capacidad de auto-tranquilización***

Resultado de las carencias en la interiorización de mecanismos, intrapsíquicos, de regulación emocional y canalización pulsional, –consecuencia de fallas relacionales precoces y de las características temperamentales correlativas–, es necesario abordar y resolver:

- la incapacidad de disfrutar de un espacio imaginario y de poder realizar operaciones mentales placenteras;
- la imposibilidad de espera de la satisfacción, precisamente porque la actividad mental que permite diferirla es displacentera;
- la tendencia sustitutiva a calmarse por agotamiento físico, “llenando” con hiperactividad el malestar o el vacío que produce el esfuerzo mental.

### **Marco general del tratamiento**

Si, como pensamos, se trata de intentar modificar un funcionamiento organizado durante años, que además es consecuencia y causa de interacciones perturbadas y a su vez patógenas, se hace indispensable para intervenir sobre éstas, ayudar terapéuticamente tanto al niño, –de forma intensiva, prolongada, y si es posible temprana–, como a su familia. Además también suele ser necesario coordinarse con otros profesionales, y en particular con los medios escolares.

A sabiendas de que este plantamiento suele conllevar la reacción crítica inmediata de que es “utópico”, por los recursos y costes que implica, conviene responder que es el único

posible para ser eficaces y para evitar los costes (psíquicos y económicos; personales familiares y sociales) asociados a un trastorno cronicado con tan serias consecuencias.

Este abordaje terapéutico múltiple puede, y suele, realizarse ambulatoriamente.

Cuando las realidades asistenciales lo permiten, los diversos dispositivos de tipo hospital o centro de día son de gran ayuda, y en muchos casos imprescindibles, porque facilitan la confluencia y la coordinación, bajo el mismo techo y en un proyecto compartido en equipo, de los múltiples abordajes terapéuticos multiprofesionales, que deben ser organizados, en cuanto a su "dosis", su especificidad y su momento, en proyectos individualizados para cada niño.

No es infrecuente que un dispositivo de hospitalización en crisis agudas, en un medio con experiencia y medios específicos de psiquiatría infanto-juvenil, se haga imprescindible en ciertas situaciones de urgencia: tentativas o riesgo de suicidio, agitación permanente, desbordamiento escolar y familiar masivo, carencia de estructura y contención familiar mínima.

La utilización de psicofármacos merece algunos comentarios.

El primero que por desgracia no tenemos fármacos curativos o con efectos específicos sobre las alteraciones de la personalidad límite. Por tanto, el abordaje exclusivamente farmacológico es insuficiente y la prescripción de psicofármacos debe ir unida a su inclusión en un proyecto terapéutico más amplio.

La utilización de los psicofármacos habituales (en particular ciertos ansiolíticos y antipsicóticos atípicos y algunos anti-depresivos) tiene buenos efectos sintomáticos en situaciones frecuentes: crisis o periodos de intensa ansiedad, episodios de confusión y ansiedad psicóticas, inhibición depresiva, rumiaciones obsesivas, melancoliformes o persecutorias particularmente invasivas.

Respecto a los efectos del metilfenidato, como es sabido útiles en otros tipos de hiperactividad, no tienen, en nuestra experiencia, efectos favorables en la hiperactividad de los

niños con personalidad límite, particularmente sensibles a sus efectos excitantes y euforizantes.

Nuestra práctica en centro de día nos ha aportado una particular enseñanza. Y es que, habitualmente, las apreciaciones de la familia de los efectos del fármaco así como la exactitud de sus informaciones sobre dosis y tomas, están alejadas de la realidad. No se trata de ocultar o mentir conscientemente, cosa que es infrecuente, sino de apreciaciones subjetivas, muy deformadas por la angustia del momento, por sus propias ideas de lo que es un psicofármaco o un trastorno mental, o por su influenciabilidad desde cualquier otra opinión no profesional y en particular de la mediática o de la familiar. Tampoco otros adultos, profesionales o no, si se ven directamente afectados por las “turbulencias” de estos niños, se libran de emitir juicios, opiniones, o (des)informaciones, que nos conminan a hacer cambios de dosis o de fármacos, poco fundadas si se evalúan las cosas más objetivamente. Puede parecer sencillo hacerlo así y tomar las decisiones correctas, pero en la práctica resulta muy complicado que el niño, la familia y los profesionales, confíen en la eficacia y adecuación de la indicación farmacológica, lo que exige seguridad, fiabilidad y experiencia por parte de quien hace la prescripción.

En cualquier caso, la eficacia, aceptación, credibilidad y cumplimiento del tratamiento farmacológico se ve siempre facilitada y mejorada por el acompañamiento combinado de otras intervenciones terapéuticas adecuadas.

## **La psicoterapia**

### ***Condiciones básicas***

Necesita de unos requisitos previos mínimos sin los cuales su viabilidad resulta muy complicada o imposible.

El primero es la presencia de un ambiente familiar suficientemente estructurado para acompañar y sostener al niño y colaborar con los profesionales en el tratamiento, o al menos no oponerse, activa o pasivamente, a sus propuestas.

Esta predisposición favorable de parte de la familia permitirá el desarrollo de otro requisito indispensable. **La familia** debe ser informada regularmente de las dificultades del niño, y de los objetivos y cambios esperables con la psicoterapia, y de sus progresos y estancamientos.

En nuestra experiencia, la adopción de medidas terapéuticas específicamente dirigidas a la familia es posible y necesaria, pero frecuentemente exige toda una serie de acciones de mediación previas. Entre otras, informarles e interesarles en el tratamiento de su hijo puede ser una de las más útiles (junto con la ayuda directa en la resolución de problemas cotidianos: dificultades burocráticas o de adaptación social de la familia, resolución de los problemas de escolarización del niño, etc.).

El hecho frecuente de que el niño border-line conviva con un ambiente familiar desestructurado es por lo tanto un serio obstáculo a la indicación de psicoterapia. En nuestra opinión, la única posibilidad de salvarlo es el poder disponer de medios institucionales, que permitirán una suplencia de las carencias de contención y elaboración de estas familias que, si las cosas funcionan bien, se benefician también del soporte institucional en el que depositan la atención a muchas de sus propias necesidades.

En cuanto al marco del **trabajo psicoterapéutico con el niño**, requiere un mínimo de intensidad y continuidad. Nos parece necesaria para lograr cambios significativos y estables una frecuencia mínima de 2-3 sesiones semanales durante 1-2 años. Las características más o menos favorables de la familia y del medio escolar y la experiencia y continuidad del equipo terapéutico inciden mucho en la eficacia y desarrollo del tratamiento y por ello en su duración y desenlace.

En cuanto a la edad más indicada, es fácil de deducir que desde nuestra comprensión y experiencia pensamos que debe iniciarse cuanto antes mejor, una vez que los elementos clínicos nos confirmen el funcionamiento límite. Esto ocurre en los casos más graves ya a partir de los 5-7 años. Esta aparente "corta edad" no debe inducir a una actitud de espera sino de

intervención intensiva, porque la experiencia muestra que ni mejoran espontáneamente ni la dedicación escolar mejor intencionada tiene efectos terapéuticos directos. Son precisamente los casos graves, tratados pronto e intensivamente, los que mejoran más espectacularmente.

Una vez en marcha, una de las mayores dificultades técnicas de estas psicoterapias es la utilización defensiva y repetitiva del juego, utilizado exclusivamente como vía de descarga de excitación y no como medio de elaboración y verbalización. Lo es también con frecuencia la dificultad de contener y canalizar la tendencia a la desinhibición pulsional, sexual y agresiva.

La tendencia del niño a la escisión y la fragmentación, en todo lo que hace y expresa, es otra gran dificultad porque dificulta una visión conjunta y compartida de la globalidad de su funcionamiento por parte de los diferentes profesionales y de la familia, que ven y conviven, cada uno de ellos, con un niño diferente. Por eso se hace imprescindible la puesta en común, de informaciones parciales y dispersas, en reuniones del equipo terapéutico y educativo y con la familia.

### ***Objetivos y parámetros específicos de la psicoterapia***

En la maraña de temáticas, fantasías y conductas, que suelen activarse, con frecuencia en forma desordenada, caótica y productiva, conviene tener alguno “ejes” o “guías” que hacen de hilo conductor que nos permite organizar nuestra comprensión y nuestras intervenciones. Con su utilización, tratamos de anotar lo que ocurre, y de analizarlo en espacios de reflexión y supervisión, restableciendo la continuidad de las secuencias de comportamiento observadas en el niño, y su correspondencia e interrelación con estos parámetros<sup>23</sup>, –metapsicológicos y psicopatológicos– que son los siguientes, y que “cruzamos” con los que se proponían anteriormente:

---

<sup>23</sup> Que se inspiran en la comprensión psicopatológica desarrollada por Misès y recogen también las propuestas de Paulinas F. Kernberg.



- Esclarecimiento de los límites y roles generacionales y sexuales, tratando de llevar al niño desde su percepción deformada de la realidad hasta una percepción más objetiva de sus padres y de los adultos, de lo que les diferencia entre sí y con respecto a él.
- Verbalización y diferenciación de sentimientos propios y ajenos. Aceptación de limitaciones suyas y de sus padres. Capacidad de soportar y nombrar fallos básicos de su entorno.
- Neutralización de los mecanismos de escisión y progreso en la integración de aspectos negados y/o no expresables, o fragmentados en expresiones dispersas e inconexas. (Lo cual exige un trabajo de equipo destinado a compatir e integrar continuamente informaciones parciales, frecuentemente desechadas, a pesar de su importancia, por su carácter fragmentario o porque el interlocutor elegido no parece relevante).
- Consolidación y evolución de la integración en el Superyo de sus diferentes componentes (flexibilización desde aspectos normativos sádicos y rígidos, –“superyo perseguidor y punitivo”– hacia la inclusión progresiva –en un “superyo protector”<sup>24</sup>– de ambivalencia, tolerancia, y en los mejores casos ironía y humor: capacidad de bromear sobre defectos propios o ajenos).
- Progresión en las relaciones con sus compañeros, en particular comprensión y respeto de reglas lúdicas (juegos sociales) y ejercicio de la tolerancia en la competición (aceptar y tolerar superioridad e inferioridad).
- Resolución de conflictos pre-edípicos: fusión y confusión en relaciones indiferenciadas; reacciones de pánico ante cualquier amenaza de cambio real o fantaseado; ajuste

---

24 Conforme a la doble función y naturaleza, clásicamente descrita por Nunberg, y que se diferencia desde la amenaza que sanciona por lo mal hecho hacia la sugerencia de lo que conviene hacer y el placer que se obtiene con ello.

de imagos, parentales y de otros adultos, grotescas exageradamente amenazantes.

- Atenuación de la ansiedad catastrófica (amenaza a la integridad corporal y mental, fantasías de destrucción, enfermedad y locura).
- Comprensión y elaboración de las tendencias a la somatización y verbalización de deseos y temores relacionales subyacentes.
- Diferenciar, matizar y atenuar los diversos tipos de impulsividad y de agresividad (y en particular las que derivan de una defensa ante angustias y limitaciones del funcionamiento-fracaso yoico y de sentimientos proyectivos de amenazas “externas” a su identidad). Capacidad de percibir y verbalizar como propios sentimientos contrapuestos (acceso a la ambivalencia).

BIBLIOGRAFÍA<sup>25</sup>

- AARKROG T., (1981), The borderline concept in childhood, adolescence and adulthood: Borderline adolescents in psychiatric treatment and five years later. *Acta Psychiat. Scand.* Suppl. 293, 1-300.
- AKHTAR S., SAMUEL S., (1996), The concept of identity developmental origins, phenomenology, clinical relevance and measurement, *Harvard Review of Psychiatry*,3(5); 254-267.
- AUGUST G.J., STEWART M.A., (1982), Is there a syndrome of pure hyperactivity?, *Brit.J. Psychiat.*, 140, 305-311.
- BEMPORAD J., et al. (1982), Borderline syndromes in childhood: Criteria for diagnosis, *American Journal of Psychiatry* 139(5), 559-602.
- BERGER M. (1999), *L'enfant instable*, París, Dunod.
- BERGERET J.,(1970), Les etats limites, *Rev.Fr. Psychanal*, 34, 4, 600-634. París, PUF.
- BERGERET J., (1970), Les etats limites, *Encycl, Med-Chir, Psychiatrie*, tomo III, 37395, A10, 1-13, París.
- BERGERET J., (1975), *La dépression et les états limites*, París, Payot.
- BERGERET J., (1980), *La personalidad normal y patológica*, Barcelona, Gedisa.
- BERGERET J., (1990), *La violencia fundamental*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- BERGERET J., (1997), La infancia y la adolescencia de un estado límite. La psicogénesis depresiva, *Revista de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, 10; 29-44.
- BERGERET J., et als., (2000), *Psychologie pathologique théorique et clinique*, París, Masson (8ª edición)
- BERNSTEIN D., COHEN P., SKODOL A., BEGIRGAMAIN S., y BROOKS J, (1996), Childhood antecedents of adolescent personality disorders, *American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 907-913.

---

25 Sólo incluye la bibliografía referente al trastorno límite de personalidad y no la referida más específicamente a la hiperactividad, ya incluida en la primera parte de este artículo, –anteriormente publicado en esta revista– Hiperactividad y trastornos de la personalidad. I- Sobre la hiperactividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* 31/32 5-81 (2001), salvo la publicada posteriormente o la no citada allí.

- BIEDERMAN J., FARAONE SV., LAPEY K., (1992), Comorbidity of diagnosis in attention-deficit disorder. En: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*, Ed: Weiss G., Philadelphia, WB Saunders.
- BLOS P., (1967), The second individuation process of adolescence, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- BOUVET M., (1967), *Oeuvres psychanalytiques*, (pgs 310-436), París, Payot.
- BROWN T.E (Ed.), (2003), *Trastornos por déficit de atención y comorbilidad en niños adolescentes y adultos*, Barcelona, Masson.
- CHAINE F., GUELFY J.D., (1999), États limites, *Encycl.Med. Chir (Elsevier Paris)*, Psychiatrie, 37-395-A-10.
- CHILAND C., LEBOVICI S., (1977), Borderline or prepsychotic conditions in childhood. A french point of view. En: HARTOCOLLIS P. (Ed.), *Borderline personality disorders*, New York, Inter. Univ. Press, 143-154.
- COHEN D.J., TOWBIN K.E., MAYES L.C., VOLKMAR F.R.(1994), Developmental psychopathology of multiplex developmental disorder. En S.L. Friedman, H.C. Haywood (Eds.): *Developmental Follow-up: Concepts, Genres, Domains and Methods*, New York, NY, Wiley (p. 155-179).
- CONNERS C.K., (1997), Is ADHD a disease?, *Journal of Attention Disorders*, 2:3-17.
- DELION P., GOLSE B., (2004), Instabilité psychomotrice chez l'enfant. Histoire des idées et réflexions actuelles, *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*, 37-201-C-10, Paris, Elsevier.
- DENCKLA M.B., (1966), A theory and model of executive function, En: *Attention, Memory and Executive Function*. Ed: LYON G.R., Baltimore, Paul H. Brookes.
- DERRYBERRY D., ROTHBART M., (1997), Reactive and effortful processes in the organization of temperament, *Development and Psychopathology*, 9, 633-652.
- DIATKINE G., (1983), *Transformations de la psychopathie*, París, PUF.
- DIATKINE G., BALIER C., (1995), Psychopathie chez l'enfant et l'adolescent, En: Lebovici S., Soulé M., Diatkine R., *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, (pags.1363-1411). París, PUF.
- DIATKINE R. (1969), L'enfant prépsychotique, *Psychiatrie de l'enfant*, XII, 2, 413-446.

- DOPCHIE N., (1968), Le syndrome hyperkinétique, *Psychiat. Enfant*, XI, 2, 589-629.
- ERICKSON E., (1968), *Identity: Youth and Crisis*. New York, W.W. Norton.
- FLAVIGNY C., (1988), Psychodynamique de l'instabilité infantile, *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI, 2, 445-473.
- FONAGY P., TARGET M., (1997), Attachement and reflective function: their role in self-organisation, *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- FONAGY P., *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona. ESPAXS.
- GRINKER R.R., WERBIE B., (1977), *The borderline patient*, New York, Jason Aronson.
- GUNDERSON J.G., KOLB J.E., AUSTIN V., (1981), The Diagnostic interview for borderline patients, *Am J Psychiatry*; 138; 896-903.
- GUNDERSON J.G., PHILLIPS K.A., (1991), A current view of the interface between borderline personality disorder and depression, *Am J Psychiatry*; 148; 967-975.
- GUNDERSON J.G., ZANARINI M.C., (1989), Pathogenesis of borderline personality, *Rev Psychiatry*; 8; 25-48.
- HERMAN J., PERRY C., VAN DERKOLK B., (1989), Childhood trauma in borderline personality disorder, *Am J Psychiatry*, 146:490-495.
- JEAMMET PH., (1978), A propos des dysharmonies évolutives de l'enfant, *Psychiatrie de l'enfant*, XXI, 2, 639-648.
- JENSEN P.S., MARTIN D., CANTWELL D., (1997), Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-IV, *J. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 36: 1065-1079.
- KAGAN J., ZENTNER M., (1996), Early childhood predictors of adult psychopathology, *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 341-350.
- KERNBERG O., (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson.
- KERNBERG O., (1976), Narcissisme normal et pathologique, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 13-7-37.
- KERNBERG O., (1977), The structural diagnosis of borderline personality organization. En: *Borderline Personality Disorders: The concept, the syndrome, the patient*. M.P. Hartocollis (Ed.) New York, I.U.P.
- KERNBERG O., (1978), The diagnosis of borderline conditions in adolescence. En: S. Fenstein y P. Giovacchini (Eds.), *Adolescent Psychiatry*, volume 6, 298-319, Chicago, University of Chicago Press.

- KERNBERG O., (1989), A propos du narcissisme pathologique, *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 7, 15-38.
- KERNBERG O., (1996), A psychoanalytic theory of personality disorders. En: J.F. Clarkin y M. Lenzenweger (Eds.), *Major Theories of Personality Disorder*, (págs. 106-137), New York, Guilford Press.
- KERNBERG O., (1998), Relation d'objet, affects et pulsions: vers une nouvelle synthèse, *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n.º 23 "Les liens"; pgs. 21-40.
- KERNBERG P.F., (1979), Psychoanalytic profile of the borderline adolescent, *Adolescent Psychiatry*, 8, 234-256.
- KERNBERG P.F., (1983), Borderline conditions: Childhood and adolescent aspects. En: Robson K.S. (Ed.), *The borderline child*, (págs. 101-119), New York, McGraw-Hill.
- KERNBERG P.F., (1988), Children with borderline personality organization. En C.J Kestenbaum y D.T. Williams (Eds.), *Handbook of Clinical Assessment of Children and Adolescents* (págs. 604-625), New York, New York University Press.
- KERNBERG P.F., (1989), Troubles narcissiques de la personnalité à l'enfance, *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 7, 39-76.
- KERNBERG P.F., (1990), Debate forum-Resolved: Borderline personality disorder exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 478-483.
- KERNBERG P.F., (1991), *Children with Conduct Disorders*, New York, Basic Books.
- KERNBERG P.F., (1991), Personality disorders. En: J.M Wiener (Ed.), *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry* (págs. 515-533), Washington D.C., American Psychiatric Press.
- KERNBERG P.F., WEINER A.S., BARDENSTEIN K.K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*, New York, Basic Books.
- KESTENBAUM C., (1983), Borderline Children at risk for major psychiatric disorders in adult life. En: K. Robson (Ed.), *The Borderline Child*, (pp. 48-82), New York, McGraw-Hill.
- KLIN A., MAYES L.C., VOLKMAR F.R., COHEN D.J. (1995). Multiplex Developmental Disorders, *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16,(3),7-11.
- KOHUT H., (1971), *The Analysis of the Self*, New York, International Universities Press. Traducción española: (1977), *Análisis del Self*, Buenos Aires, Amorrortu.

- KOHUT H., (1977), *The Restoration of the Self*, New York, International Univ Press. Traducción española: (1980) *La restauración del sí-mismo*, Barcelona, Paidós.
- KOHUT H., (1980), Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 44(2), 147-170.
- LANG J.L. (1978), *Aux frontières de la psychose infantile*, P.U.F., París.
- LEBOVICI S., DIATKINE R., (1963) Essai d'approche de la notion de prépsychose en psychiatrie infantile, *Bull. Psychol.*, 17,1, 20-23.
- LEIGHTMAN M., NATHAN S., (1983), A clinical approach to the psychological testing of borderline children. En: ROBSON K.S., *The Borderline Child-Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment* (pp. 121-170), New York, McGraw-Hill.
- MARCELLI D., (1983), *Les états limites en psychiatrie*, París, PUF.
- MASTERTON J.F., (1971), Diagnostic et traitement du syndrome borderline chez l'adolescent, *Confrontations psychiatriques*, 7,103-124.
- MAZET P., HOUZEL D., (1971), *Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, París, Maloine.
- MAZURE C.M., y DRUSS B.G., (1995), Historical perspective on stress and psychiatric illness. En: Does Stress Cause Psychiatric Illness? Ed. Mazure C.M., Washington, American Psychiatric Press.
- MCGLASHAN T.H., (1987), Borderline personality disorder and unipolar affective disorder: Long-term effects of comorbidity, *J Nerv Ment Dis*, 175; 467-477.
- MICOUIN G., BOUGRIS J.C., (1988), L'enfant instable ou hyperkinétique, un étude comrée des concepts, *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI, 2, 473-507.
- MILLON T., (1993), The borderline personality: a psychosocial epidemic. En: *Borderline personality disorder, etiology and treatment*, Washington, American Psychiatric Press.
- MILLON T.,(1998), *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*, Barcelona, Masson.
- MISÈS R.(1981), Les dysharmonies évolutives de l'enfant. En: *Cinq études de psychopathologie de l'enfant*, Toulouse, Privat.
- MISÈS R.(1990). *Les pathologies limites de l'enfance*, P.U.F, Paris.
- MISÈS R., PERRON R. (1993), L'adolescence des enfants autistes et psychotiques: une recherche, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 41, (1-2), 36-50.

- MISÈS R. (1994). Pathologies limites de l'enfance, *Encycl. Méd. Chir.*, (Paris), Psychiatrie, 37-201-A-30.
- MISÈS R.(1995). *Les pathologies limites de l'enfance*. En: Lebovici S., Diatkine R., y Soulém, *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, (pgs. 1347-1362), P.U.F, Paris.
- MISÈS R. (2000). Les dysharmonies psychotiques: une approche nosographique, *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.*, (2000); 48; 96-401.
- MISÈS R., (2000), Actualidad de las patologías límites del niño, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30; 5-19.
- PALACIO ESPASA F., DUFOUR R., (1994), *Diagnostic structurel chez l'enfant*, Paris, Masson.
- PALACIO ESPASA F., (2000), Prépsychose chez l'enfant, En: *Dictionnaire de Psychopathologie de l'Enfant*, Paris,PUF.
- PALACIO ESPASA F., (2000), *Los niveles del conflicto depresivo*, Madrid, Infancia y Desarrollo.
- PETTI T.A., RICARDO M.V., (1990), Borderline Disorders of Childhood: An overview., *J.Am.Acad.Child Adoles. Psychiatry*, 29,3,327-337.
- PINE F., (1974). On the concept "borderline" in children: A clinical essay, *Psychoanalytic Study of the Child* 29: 391-398.
- PINE F. (1983). A working nosology of borderline syndromes in children. En: K.S. Robson (Ed.), *The borderline child- Approaches to etiology, diagnosis and treatment*, New York, McGraw Hill (p. 83-100).
- RINSLEY D.B., (1980), The development etiology of borderline and narcissistic disorders. *Bulletin of Menninger Clinic*, 44, 127-134.
- RINSLEY D.B., (1980), Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents, *Bulletin of Menninger Clinic*, 44, 147-170.
- ROBSON K.S., (1983), *The Borderline Child: Approaches to etiology, diagnosis, and treatment*, New York, McGraw-Hill.
- ROGENESS G.A., MCCLURE E.B., (1996), Development and neurotransmitter-environment interactions, *Dev Psychopathol* 8: 183-199.
- SHAPIRO T., (1990), DEBATE FORUM-Resolved: Borderline personality disorder exists in children under twelve, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 478-483.
- SKODOL A.E., OLDDHAM J.M., (1996), Phenomenology, differential diagnosis and comorbidity of the impulsive-compulsive spectrum of disorders. En: *Impulsivity and Compulsivity*. Ed: Oldham J.M., Hollander E., Skodol A.E., Washington, American Psychiatric Press.



- SOLOFF P.H., MILLWARD J.W., (1983), Psychiatric disorders in the families of borderline patients, *Arch Gen Psychiatry*, 40; 37-44.
- STERN D. F., (1985), *The Interpersonal World of the Infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*, New York, basic Books.
- STONE M.H., (1989), *Long-term follow-up of borderline patients: the PI-500*, New York, Guilford Press.
- STONE M.H., (1993), Long-term outcome in personality disorders, *Br J Psychiatry*, 162; 299-313.
- TORDJMAN S., FERRARI P., GOLSE B., BURSZTEJN C., BOTBOL M., LBOVICI S., COHEN D.J. (1997), "Dysharmonies psychotiques" et "Multiplex Developmental Disorder": Histoire d'une convergence, *Psychiatrie de l'enfant*, XL, 2, p. 473-504.
- TOWBIN K.E., KLIN A., COHEN D.J. (1997), Diagnosis and classification of autism and related conditions: Consensus and issues, En: Donald J. Cohen y Fred R. Volkmar (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder*, New York. John Wiley & Sons, (p. 5-40).
- VELA R., GOTTLIEB E. y GOTTLIEB H., (1983), Borderline syndromes in childhood: A critical review. En: Robson K.S., (Ed.), *The Borderline Child: Approaches to etiology, diagnosis, and treatment*, New York, McGraw-Hill.
- VERHULST F.C., (1984), Diagnosing borderline children. *Acta Paedopsychiat.* 50: 161-173.
- VOLKMAN V.D., (1979), The glass bubble of the narcissistic patient in advances. En: Caponi L.J., (Eds), *Psychotherapy of the borderline patient*. New York: Jason Arosen.
- WENING K., (1990), Borderline Children: A closer look at diagnosis and treatment, *Am J Orthopsychiatry*, 60, 225-232.
- WIDLOCHER D., (1969), Traits psychotiques et organisation du Moi. En: Problematique de la psychose, Actas del Coloquio de Montreal, Excerpta Medica Found., 1, 179-187.
- WIDLOCHER D. (1977), Etude psychopathologique des états prépsychotiques, *Rev. Neuro-psych. Infant*, 21, 735-744.
- WIDLOCHER D. (2000), *Les états limites*, P:U:F., Paris.
- ZANARINI M.C., GUNDERSON J.G., MARINO M.F et al., (1979), Childhood experiences of borderlines, *Compr Psychiatry* 20; 29-46.
- ZANARINI M.C., (1993), Borderlin personality disorder as an impulse spectrum disorder. En: *Borderlin personality disorder, etiology and treatment*, Washington, American Psychiatric Press.