

Tema 6. Las patologías límites del niño

Introducción

El concepto de patologías límites del niño representa una parte significativa de la población infantil que consulta al profesional. Desarrollado a partir de conceptos como el de disarmonía evolutiva, prepsicosis, o inestabilidad emocional, engloba una serie de cuadros clínicos caracterizados por su aspecto variado y variable en el curso del desarrollo de un mismo niño, el lugar central que ocupa el sufrimiento depresivo, los daños en el sentimiento de sí mismo y en la autoestima, y la heterogeneidad estructural, que los ubica entre las estructuras psicóticas y las neuróticas.

De modo similar a cómo sucede con el adulto, en el niño y del adolescente la psicopatología del deseo ha dado paso progresivamente a la psicopatología de la insuficiencia, con el predominio de dolencias enraizadas en las patologías del ideal y de los sentimientos de pérdida más que de las patologías neuróticas (Knauer, 2017).

En este sentido, las patologías límites en el niño representan, con toda probabilidad, uno de los principales motivos de consulta en psiquiatría infantil. Un hecho ya constatado desde hace tiempo por Anna Freud (Freud, 1973), y actualizado de nuevo por otros autores (Janín, 2013; Lasa Zulueta, 2008; Misès, 1991, 2000; Palacio Espasa & Dufour, 2007).

Desde una perspectiva clínica diferente, la de la psicopatología descriptiva de base fenomenológica, también se constata este hecho, si bien hay que buscarlo bajo un nombre diferente pero tremendamente familiar, el de los trastornos por déficit de atención, con y sin hiperactividad. (Una exposición excelente al respecto se encuentra en el exhaustivo texto de Lasa Zulueta, 2001, 2003).

Descrito en la literatura científica bajo términos tan diversos como los de prepsicosis, disarmonía evolutiva, patología caracterial, trastorno cerebral menor..., las patologías límite están integradas por una serie de cuadros que se caracterizan por la heterogeneidad

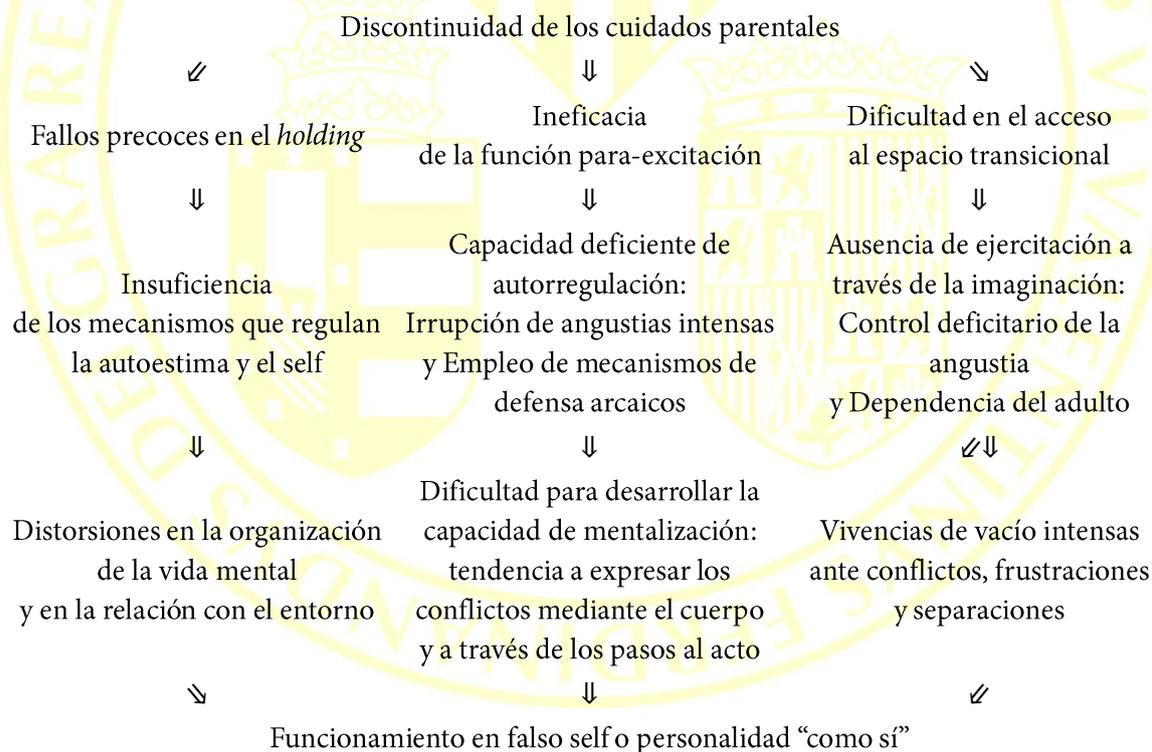
estructural, el sufrimiento depresivo, los fallos constantes en el narcisismo y, típicamente, el aspecto variado y variable que, además, suele modificarse en el curso de su evolución.

Consideraciones psicodinámicas sobre las patologías límites del niño

Desde el punto de vista de la patogénesis (figura 1), el cuadro clínico de las patologías límites se derivaría de la discontinuidad en los cuidados parentales, habitualmente debidos a causas ajenas al funcionamiento de los padres –separaciones repetidas del medio familiar, situaciones de deprivación material mantenida en el tiempo...–, aunque en ocasiones relacionadas con estos –depresión maternal, psicopatología parental grave...–. Dichos fallos tendrían una serie de consecuencias que podemos esquematizar en tres líneas.

Figura 1: Patogenia de las patologías límites

Fuente: Misès, (2000).



Por una parte, la existencia de fallos precoces en el sostén –*holding*– por parte del medio familiar daría lugar a un desarrollo incompleto e insuficiente de los mecanismos mentales

encargados de regular la autoestima y la imagen de sí mismo –relacionados con el investimento libidinal y narcisista del niño–. Como consecuencia, aparecerían distorsiones en la organización de la vida mental y en la relación del niño con el entorno.

Del mismo modo, la falta de continuidad de los cuidados parentales impediría que los padres llevaran a cabo su función para-excitación, lo que provocaría un desarrollo deficiente de la función de contención, así como de los mecanismos autocalmantes. A consecuencia de ello, el bebé no lograría la suficiente capacidad de autorregulación que le permitiera desarrollar la tolerancia a la frustración. Para hacer frente a las diversas angustias que le invadirían, el bebé recurriría a mecanismos arcaicos de defensa los cuales, perpetuados en el tiempo, dificultarían el desarrollo de la capacidad de mentalización, lo que provocaría la tendencia a la expresión a través del cuerpo y de los pasos al acto.

Esto último también sería consecuencia de la tercera serie de fenómenos derivados de la discontinuidad de los cuidados parentales. En este caso, se trataría de la dificultad para acceder al espacio transicional –un espacio mental virtual del que el juego es el representante por antonomasia–, lo que impediría al niño ejercitar a través de la práctica en la imaginación los mecanismos que facilitan el dominio progresivo de sus angustias en relación con el mundo externo y la consecución de una autonomía cada vez mayor de las figuras parentales. Se crearía así una dependencia mutua en la cual la ausencia de desarrollo del pensamiento confrontaría al niño, en situaciones de conflicto, de frustración y de separación, con vivencias de vacío difícilmente tolerables.

Las tres series de fenómenos descritas desembocarían en un funcionamiento en falso–self o personalidad “como sí”, donde coexistirían capacidades notables de adaptación, propias de un funcionamiento neurótico, con modalidades arcaicas de simbolización y funcionamiento mental, en las que se produce la irrupción intermitente del proceso primario sobre un pensamiento más organizado. Se establecería así la heterogeneidad estructural

característica de estos cuadros, que determina su ubicación entre los trastornos neuróticos y los psicóticos.

El sufrimiento depresivo es, para muchos autores, el elemento central del cuadro. Existiría una dificultad para la integración de las angustias depresivas, lo cual determinaría una gran vulnerabilidad a lo que se denomina pérdida de objeto en términos psicoanalíticos. No obstante, en la medida en que se ha logrado la diferenciación yo/no-yo, se estaría fuera del campo de las psicosis.

La existencia de fallos constantes en el narcisismo tendría como resultado una imagen inaceptable de sí mismo que dañaría el sentimiento de identidad. Como defensa frente a ello, el niño tendería a desarrollar reacciones de superioridad, que le llevarían a enfrentamientos constantes con el medio, lo que podría dar la impresión de una conducta oposicionista–desafiante bajo la que se encontraría, sin embargo, una angustia intensa. Como señalamos antes, dicha angustia se convertiría en agresividad que, en la medida en que se haría insoportable, sería escindida y proyectada en el exterior, percibido entonces como amenazador, con el inevitable paranoidismo que ello conlleva.

Por último, el aspecto variado y variable que, además, suele modificarse en el curso de su evolución, hace referencia a que, virtualmente, cualquier síntoma propio de la psicopatología del niño sería susceptible de formar parte del cuadro clínico de las patologías límite. Síntomas neuróticos, trastornos de conducta, trastornos en las funciones somáticas, retrasos en la maduración de un factor específico o dificultades de relación puedan aparecer –y desaparecer– en cualquier momento de la evolución del cuadro. Dicha variabilidad, lejos de ser un inconveniente, es una de las características que les dota de especificidad.

Lo que resulta común a todos esos síntomas es su ineficacia para dominar la angustia, tanto desde el punto de vista económico como dinámico: “Son niños con un aparente contacto con la realidad, sin una sintomatología psicótica manifiesta, pero que por el contrario no parecen capaces de establecer una organización psíquica susceptible de conferirles dominio y distanciamiento respecto de una angustia siempre perceptible”

(Marcelli & Ajuriaguerra, 1996, pp. 397). Angustia que se torna en agresividad mal contenida que da lugar a pasos al acto o, en caso de ser inhibida, a una retracción importante.

Clasificación de las patologías límites del niño

La clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA, de sus siglas en francés) divide las patologías límites en función de cada uno de los aspectos predominantes del cuadro (Misès, 2012): Disarmonías evolutivas (código CFTMEA-R-2012: 3.0), patologías límite con preponderancia de los trastornos de personalidad (3.1), patologías límite con preponderancia esquizotípica (3.2), aquellas otras con preponderancia comportamental (3.3) y depresiones ligadas a una patología límite (3.4).

Disarmonías evolutivas

El subgrupo de las Disarmonías evolutivas abarca aquellos cuadros cuyo debut es precoz, antes de los 6 años. Dicha precocidad, al comprometer un momento de la vida en el que se lleva a cabo la adquisición de diversas habilidades instrumentales, genera un desarrollo disarmónico. Aparecen así trastornos de la psicomotricidad, del lenguaje, de las capacidades cognitivas que, inicialmente reversibles, pueden dar lugar a una restricción duradera del potencial evolutivo del niño. El niño aparece inseguro, inmaduro, con angustias depresivas y de separación que expresan dificultades en el proceso de individuación. Estas angustias pueden manifestarse abiertamente o estar cubiertas por trastornos de la conducta.

Patologías límites con preponderancia de los trastornos de la personalidad

A diferencia del anterior, el subgrupo de patologías límites con preponderancia de los trastornos de la personalidad no ve comprometida necesariamente su adaptación familiar, escolar o social. Aparecen en un primer plano los aspectos psicodinámicos que caracterizan todo el grupo de patologías límite: sufrimiento depresivo con incapacidad de recibir ayuda y una avidez de afectos; sentimientos de minusvalía y fallos en la regulación de la autoestima;

angustia de separación y de pérdida que, en ocasiones, se expresa a modo de ataques de pánico; y retrasos en el desarrollo afectivo, con tendencias regresivas y conductas de dependencia de los demás, habitualmente de los adultos.

Patologías límites con preponderancia esquizotípica

Los pacientes cuya conducta está caracterizada por el repliegue sobre sí mismo, por la retirada del contacto con el mundo exterior, conforman el subgrupo de patologías límites con preponderancia esquizotípica. En ellos predomina el trastorno de los afectos y del pensamiento: por un lado, ofrecen un contacto pobre, con frialdad afectiva, mostrando una apariencia autosuficiente; por otro, presentan pensamientos vagos, en ocasiones extravagantes, o manifiestan rumiaciones obsesivas, preocupaciones dismorfofóbicas e hipocondríacas. No presentan síntomas típicos o dominantes de esquizofrenia.

Patologías límites con preponderancia comportamental

Cuando son los pasos al acto los que dominan el cuadro, encontramos entonces el subtipo de patologías límites con preponderancia comportamental. Aparecen así los trastornos de conducta en la relación con el otro, la falta de control, la negación de las normas sociales, la repetición de los fracasos, la falta de efecto de las sanciones. En suma, lo que otras clasificaciones sería englobado bajo la rúbrica de trastornos disociales, tanto del niño como del adulto. Es habitual la aparición de conductas adictivas, sin olvidar aquellas referidas a la tecnología.

Depresiones ligadas a una patología límite

En aquellos casos en los que el afecto depresivo predomine en el cuadro y se exprese abiertamente, la ubicación será dentro del subgrupo de las depresiones ligadas a una patología límite. Es importante diferenciarlas de aquellos cuadros diagnosticados como depresivos pero que aparecen englobados bajo otros epígrafes de la clasificación francesa.

La tabla 1 recoge las equivalencias de cada uno de los cuadros de esta categoría con la CIE-10. Es significativo cómo se trata de cuadros dispersos, catalogados en categorías marginales en la clasificación de la OMS.

Tabla 1: Códigos de equivalencia CFTMEA-R-2012 / CIE-10

Código CFTMEA R-2012	Diagnóstico	Código CIE-10	Diagnóstico
3.0	Disarmonía evolutiva	F60.3	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
3.1	Patología límite con preponderancia de los trastornos de la personalidad	F92.8	Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos
3.2	Patología límite con preponderancia esquizotípica	F21	Trastorno esquizotípico
3.3	Patología límite con preponderancia comportamental	F91.9	Trastorno disocial sin especificación
3.4	Depresiones ligadas a una patología límite	F92.0	Trastorno disocial depresivo
3.8	Otras patologías límites	F98.8	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia especificados
3.9	Patología límite no especificada	F98.9	Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia sin especificación

Quizá una de las mayores aportaciones del concepto de patologías límites sea la de explicar, psicogenéticamente, una serie de cuadros dispersos desde el punto de vista clínico pero muy próximos entre sí en cuanto a la dinámica del funcionamiento mental se refiere. De hecho, la inespecificidad en cuanto a la evolución de las patologías límites es aún mayor que en el resto de la patología psiquiátrica infantil. Tal vez ello signifique que el concepto de patologías límites del niño haga referencia a unos cuadros proteiformes que señalan una falta de organización –o una organización deficiente–, del psiquismo del niño, abiertas a muchas

evoluciones posibles, e indicativas de un sufrimiento mayor que el que acompaña a las neurosis y a los trastornos del carácter.

Por otra parte, una de las críticas que puede hacerse al concepto de patologías límite en el niño sea la de ser excesivamente amplia, de forma que pueda resultar tan inespecífica como otros constructos teóricos como el TDAH. En este sentido, algunos (Palacio Espasa & Dufour, 2007) intentan lograr una mayor precisión a la hora de definir los cuadros, concediendo mayor peso a los aspectos depresivos del cuadro, y estableciendo una diferencia entre los casos paraneuróticos, los paradespresivos y los límites.

Diagnóstico y manejo

Las palabras de Lasa (Lasa Zulueta, 2008, p. 135) resultan muy útiles a la hora de entender los tiempos del diagnóstico: “[...] solo en un marco de relación continuada pueden observarse y diagnosticarse en toda su amplitud los fenómenos clínicos específicos del funcionamiento *border-line*. Sólo 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”.

Así pues, la observación clínica en busca de elementos que nos permitan detectar los cuatro aspectos sobre los que asienta el diagnóstico –heterogeneidad estructural, sufrimiento depresivo, daños en el narcisismo y aspecto clínico variado y variable en el curso de la evolución– será la base sobre la que se asentará el diagnóstico.

Psicoterapia

Las intervenciones terapéuticas variarán, en función de la gravedad, desde la psicoterapia individual en los casos leves a moderados, pasando por la intervención intensiva en hospital de día en los casos moderados y graves, hasta la posibilidad de un ingreso hospitalario en una unidad de agudos, en los momentos de descompensación clínica.

La inspiración teórica de la psicoterapia, lejos de ser exclusiva, incluye tanto la de orientación dinámica como el entrenamiento en habilidades sociales, el trabajo de la psicomotricidad, la adquisición de recursos de comunicación y la intervención psicopedagógica encaminada a alcanzar o recuperar las competencias académicas apropiadas. Todo ello en modalidad tanto individual como grupal. Así mismo, también es necesaria una intervención con la pareja parental y, en el caso de niños en edad preescolar, el abordaje vincular –habitualmente en la modalidad madre–hijo, sin olvidar las intervenciones padre–hijo–.

Tratamiento farmacológico

Como en cualquier otro caso, el empleo de medicación debe formar parte de un proyecto terapéutico amplio en combinación con otras muchas medidas. La medicación antipsicótica incisiva, por su acción sobre las angustias más profundas y desestructurantes, presentes en muchos de estos niños, así como por su efecto contra el paranoidismo, será de especial utilidad. En otros casos puede ser necesario el empleo de medicación antidepresiva, administrada de forma aislada o en combinación con la anterior.

Las benzodiazepinas, por su posible interferencia sobre las funciones cognitivas, deben emplearse con precaución, a dosis bajas y durante un corto espacio de tiempo. Los eutimizantes o estabilizadores del humor sólo están indicados cuando la evolución del cuadro sea, efectivamente, hacia una psicosis maniacodepresiva, y también como control de la eventual impulsividad de algunos de estos pacientes. En este sentido la mediación antipsicótica de perfil sedante puede ejercer una acción similar.

Respecto a los psicoestimulantes, su empleo está enormemente extendido en niños que, desde un punto de vista dinámico, serían diagnosticados de patologías límites. Por dicho motivo merece la pena detenerse a intentar comprender su función en estos pacientes, derivada del mecanismo de acción que se postula para tales fármacos.

Existen cuatro compuestos aprobados en nuestro medio para el tratamiento de la hiperactividad y el déficit de atención: metilfenidato, lisdexanfetamina, atomoxetina y guanfacina.

El mecanismo de acción postulado para los dos primeros de ellos es la inhibición selectiva de la recaptación presináptica de dopamina y de noradrenalina, mientras que el tercero de ellos únicamente ejerce su acción sobre la recaptación selectiva presináptica de noradrenalina. Por su parte, guanfacina es un antihipertensivo que estimula los receptores α_{2A} adrenérgicos.

La acción que ejercen metilfenidato y lisdexanfetamina sobre la neurotransmisión dopaminérgica se manifiesta entre unas pocas horas y unos pocos días de iniciado el tratamiento. Además de su acción sobre los circuitos que se postula que intervienen en los mecanismos de recompensa, interesa su función moduladora del filtro de selección de estímulos, necesario para mantener la atención. Esta acción se atribuye a su efecto tipo anfetamínico.

La inhibición sobre la recaptación de noradrenalina, efecto privativo de atomoxetina y compartido con los otros dos compuestos, es un mecanismo propio de los antidepresivos noradrenérgicos que se prescriben cuando predomina la anergia, la apatía y el enlentecimiento psicomotriz. La latencia de aparición de dicho efecto es de aproximadamente cuatro semanas.

Por lo que respecta a guanfacina, su acción antihipertensiva conlleva un cierto efecto sedante el cual, combinado con su acción sobre los circuitos que regulan la atención, sería responsable de la acción terapéutica.

En un intento por integrar estos hechos con la descripción de la patogenia de las patologías límites del niño, encontramos que un porcentaje de niños responde al tratamiento prescrito con psicoestimulantes. En la medida en que son compuestos con acción antidepresiva, cabría pensar que resuelven el afecto depresivo, considerado central para numerosos autores, de modo que se trataría de niños con problemas atencionales derivados

de una conflictividad depresiva de base. Posiblemente, un antidepresivo serotoninérgico sería una mejor opción farmacológica en este tipo de pacientes.

Otro porcentaje de niños se desorganiza en relación con la toma de medicación. En estos casos habría que plantearse en qué medida la acción estimulante de tales compuestos acrecienta una desorganización ya existente en pacientes previamente carenciados y en quienes la angustia se recarga fácilmente con la acción energizante de tales compuestos. Algunos de ellos se reorganizan cuando se les añade medicación antipsicótica incisiva, planteando la duda de si la intervención farmacológica inicial debiera haber sido con este tipo de medicación en lugar del empleo de estimulantes.

Otro grupo de pacientes parece verse beneficiado de la acción dopaminérgica. Podríamos pensar que en tales casos existe un déficit en alguna de las funciones encargadas del filtro de estímulos, si bien no resulta sencillo plantearlo desde un punto de vista dinámico. El beneficio asociado a dicha acción residiría en que, en la medida en que mejora el rendimiento académico, tales niños dejarían de sufrir la pérdida de autoestima propia del fracaso escolar, al tiempo que desaparecería un foco de conflicto. Este mismo beneficio aparecería en el caso de aquellos niños en quienes predominaba el afecto depresivo y que, de este modo, encontrarían una vía para reforzar su autoestima.

En cualquier caso, es importante recordar que la prescripción indiscriminada cualquier fármaco, cuando está basada exclusivamente en la descripción de los síntomas en ausencia de un modelo teórico que permita comprender las angustias en juego de los pacientes, aboca al clínico a una probabilidad elevada de errores terapéuticos.

Evolución y pronóstico.

Las posibles evoluciones de las patologías límites, en ausencia de intervención, pueden ser en tres direcciones predominantes. En el caso de niños gravemente afectados, es frecuente su evolución hacia patologías severas de la personalidad, con trastornos graves de conducta y

déficit intelectual asociados en proporción variable, que se hace especialmente evidente con la entrada en la adolescencia y la inevitable crisis que dicho periodo de la vida conlleva.

Un segundo grupo, caracterizado por la hiperadaptación propia del funcionamiento en falso self, transitará discretamente por la adolescencia hasta desembocar en los estados límites y las patologías narcisistas del adulto. Como en el caso anterior, asociarán en mayor o menor proporción una restricción de la inteligencia formal y del desarrollo de las capacidades creativas.

El tercer grupo lo integran aquellos pacientes en quienes se conforma un trastorno de la personalidad, en particular de tipo antisocial, donde predomina una imagen sobrevalorada de sí mismo, una tendencia a la explotación en las relaciones con los demás, y una ausencia de remordimiento o una frialdad afectiva. Todo ello consecuencia de una dificultad importante para tolerar y elaborar afectos penosos en ausencia de una imagen valiosa de sí mismos.

Otras formas de evolución son también posibles, aunque con menos frecuencia. Así, la aparición de cuadros depresivos donde predomina la desvitalización y el enlentecimiento, que habitualmente son etiquetados como depresiones resistentes; la posibilidad de una descompensación psicótica aguda –las llamadas *bouffés delirants* de los franceses–; y también el debut de una esquizofrenia.

Bibliografía

- Freud, A. (1973). *Normalidad y patología en la niñez. Evaluación del desarrollo* (1ª edición). Buenos Aires: Paidós.
- Janín, B. (2013). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Buenos Aires: Noveduc.
- Knauer, D. (2017). Introducción. En N. Nanzer, D. Knauer, F. Palacio Espasa, Z. Qayoom-boulvain, F. Hentsch, P. Clinton, ... I. L. E. Scouezec (Eds.), *Manual de psicoterapia centrado sobre la parentalidad* (1ª, pp. 1-22). Barcelona: Ediciones Octaedro.
- Lasa Zulueta, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre La Hiperactividad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 5-81.

Lasa Zulueta, A. (2003). Hiperactividad y trastornos de la personalidad II : Sobre La Personalidad Límite. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 5-117.

Lasa Zulueta, A. (2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao: Altxa.

Marcelli, D., & Ajuriaguerra, J. De. (1996). *Psicopatología del niño* (3ª edición). Masson.

Misès, R. (1991). Disarmonías evolutivas, patologías límites y trastornos de los aprendizajes. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil*, 11/12, 59-76.

Misès, R. (2000). Actualidad de las patologías límites del niño. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30, 5-19.

Misès, R. (Ed.). (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent-R-2012*. Presses de l'EHESP.

Palacio Espasa, F., & Dufour, R. (2007). *Diagnóstico estructural en el niño*. Barcelona: Herder.