

El concepto de trastorno límite de la personalidad en la infancia

TUULIKKI TRIAS¹

RESUMEN

El concepto de trastorno límite de la personalidad en la infancia. Los trastornos de personalidad suelen manifestarse desde la infancia o la adolescencia y continúan durante la edad adulta. En el paciente límite, la alteración y el trastorno pueden ir acompañados de retraso y déficit en cualquiera o en todos los aspectos de la personalidad. Estas características deben estar relacionadas con la edad y el nivel de desarrollo del niño. Existe una teoría de la estructura patológica de la personalidad límite, que es bastante estable, aunque sus síntomas varían según el tiempo y el lugar. **Palabras clave:** apego, infancia, adolescencia, difusión de la identidad, organización límite de la personalidad, trastorno límite de la personalidad.

ABSTRACT

The concept of borderline personality disorder in childhood. Personality disorders usually manifest as early as childhood or adolescence and continue into adulthood. In borderline patients, the disturbance and disorder may be accompanied by delays and deficits in any or all aspects of personality. These characteristics should be related to the age and developmental level of the child. There is a theory of the pathological structure of borderline personality, which is quite stable, although its symptoms vary according to time and place. **Keywords:** attachment, childhood, adolescence, identity diffusion, borderline personality organization, borderline personality disorder.

RESUM

El concepte de trastorn límit de la personalitat a la infància. Els trastorns de personalitat acostumen a manifestar-se des de la infància o adolescència i continuen durant l'edat adulta. Al pacient límit, l'alteració i el trastorn poden anar acompanyats de retard i dèficit en qualsevol o en tots els aspectes de la personalitat. Aquestes característiques han d'estar relacionades amb l'edat i el nivell de desenvolupament del nen. Hi ha una teoria de l'estructura patològica de la personalitat límit, que és força estable, encara que els seus símptomes varien segons el temps i el lloc. **Paraules clau:** aferrament, infància, adolescència, difusió de la identitat, organització límit de la personalitat, trastorn límit de la personalitat.

Introducción

Los trastornos de personalidad generalmente suelen manifestarse desde la infancia o la adolescencia y continúan durante la edad adulta. Se ha encontrado una continuidad significativa entre ciertos rasgos de personalidad de la infancia y los problemas generalizados de ajuste psicosocial en la edad adulta.

En el paciente límite, la alteración y el trastorno pueden ir acompañados de retraso y déficit en cualquiera o en todos los aspectos

de la personalidad: en la función del yo, en el *self* y en su sentido de identidad, su capacidad de amar, disfrutar y sentirse respetado; y en el superyó y los objetos internos, una integración pobre y rígida de estos aspectos entre ellos. Estas características deben estar relacionadas con la edad y el nivel de desarrollo del niño.

Basado en el marco psicodinámico, existe una teoría clara y bien fundada de la estructura patológica de la personalidad límite, que es bastante estable, aunque sus síntomas varían según el tiempo y el lugar.

¹MD, PhD. Psiquiatra y psicoterapeuta especializada en niños y adolescentes. Profesora y supervisora de TFP acreditada por la ISTFP. Fundació Orienta. Barcelona.
Contacto: tuulikki.trias@gmail.com

Recibido: 15/2/22 - Aceptado: 4/7/22

Concepto controvertido

El concepto de trastorno de la personalidad en psiquiatría infantil y adolescente es un tema y concepto controvertido. Su uso se contradice con el desarrollo incompleto de la personalidad de los niños y adolescentes y muchos autores opinan que no se puede etiquetar al niño durante la edad y etapa de desarrollo con un diagnóstico que indica una anormalidad persistente en la estructura de la personalidad.

Algunos profesionales prefieren usar términos como *tendencia límite en la infancia*, *organización límite* o *borderline*, niño fronterizo, prepsicosis o disarmonías evolutivas. Otros profesionales hablan de trastornos de vínculo o trastorno de personalidad emergente del niño. Por otro lado, los niños y adolescentes a los cuales nos referimos presentan rasgos de personalidad a largo plazo. Se trata de rasgos como egocentrismo, inhibición, inseguridad, aislamiento, pasividad o comportamiento desafiante. En niños con trastorno de personalidad, estas características normales del desarrollo se amplifican, intensifican y son significativamente rígidas, y ocurren en una variedad de entornos tales como en casa, en la escuela y en el patio. Estos rasgos comienzan a interrumpir el desarrollo normal y causan angustia y sufrimiento al niño o al adolescente, a los padres y al entorno (Hill, 2002).

El uso del diagnóstico de trastorno de la personalidad está respaldado por los hallazgos de los estudios de seguimiento, que indican que los trastornos de personalidad en niños y adolescentes son bastante predictivos de una dificultad similar ulterior en la adolescencia y la edad adulta (Hill, 2002). Según el estudio del grupo de Nueva York, la mayor parte de los adolescentes diagnosticados como trastorno límite de la personalidad (TLP) ya habían presentado patología en la infancia (Normandin, Ensik, Yeomans y Kernberg, 2014). Se trataba de niños vulnerables a nivel psicológico, temperamental y sociocultural. Otro grupo de adolescentes resilientes a nivel sociocultural y psicológico no presentaba dificultades en la infancia, pero tenía grandes dificultades al entrar en la adolescencia. Un grupo de adolescentes no presentaba síntomas ni en la infancia, ni en la adolescencia, pero no podía afrontar los retos propios de la adolescencia,

tales como tener relaciones íntimas, los estudios y el trabajo.

Paulina Kernberg et al. (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2000) describieron en niños y adolescentes tres organizaciones psíquicas, neurótica, estados límites y de base psicótica, que corresponden respectivamente a los tres grupos de trastornos de la personalidad de grupo C, B y A de las clasificaciones actuales.

Otros trastornos comórbidos son muy comunes en personas con trastornos de personalidad y predisponen al trastorno o contribuyen a que se desarrolle (Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). Por lo general, las dificultades del niño afectan a muchas áreas de la personalidad, el funcionamiento y a la existencia de otros trastornos y síntomas. A menudo, implican ansiedad catastrófica y daños considerables en la vida interpersonal y social.

Se requiere que exista disfunción en, al menos, una de las siguientes áreas: 1) en el ámbito cognitivo (por ejemplo, cómo el sujeto experimenta e interpreta cosas, eventos, acciones, intenciones y estados mentales de otras personas), 2) en el dominio emocional (por ejemplo, la incapacidad de sentir satisfacción) y (3) en la actitud hacia los demás y la gestión de la interacción. Según la experiencia clínica, el tratamiento de los trastornos de Eje I suele tener poca eficacia si no se toman en cuenta los aspectos desadaptativos de la personalidad.

En este artículo, trataré de dar una breve descripción del concepto de trastorno de personalidad en la infancia, poniendo énfasis en el trastorno límite de la personalidad y en el concepto de niño limítrofe y tendencia límite en la infancia. Utilizaré el término niño limítrofe y TLP, aunque desde punto de vista evolutivo y descriptivo sería más conveniente hablar, por ejemplo, de la personalidad emergente o trastorno de personalidad desregulado. Al final, trataré de la importancia de la evaluación del grado de la perturbación en el continuo entre sano / grave de la organización de la personalidad emergente.

Conducta observable: polimorfismo de la sintomatología y presentación clínica en la infancia

Existen niños que tienen un comportamiento inflexible y fuertemente anormal que no encaja

en ningún diagnóstico psiquiátrico más que un trastorno de la personalidad (Hill, 2002). Algunas características psíquicas, como egocentrismo, rigidez mental, perfeccionismo, aislamiento o ansiedad, aparecen de manera anormal, a veces en forma extrema, causando sufrimiento y afectando el funcionamiento del niño día a día (Kernberg et al., 2000). Patrones de temperamento explosivo, impulsividad, funcionamiento académico deficiente, dificultades en las relaciones sociales, niveles cambiantes de funcionamiento del yo e imprudencia son pistas que indican que el clínico debería hacer una evaluación de la personalidad.

Los niños limítrofes presentan una sintomatología polimorfa (Marcelli y De Ajuriaguerra, 2005; Palacio y Dufour, 2003). Pueden presentar trastornos de la alimentación, del lenguaje, del aprendizaje escolar, del comportamiento, somatizaciones, etc. También suelen tener varios síntomas propios de los trastornos neuróticos, crónicos y recurrentes, tales como miedos, fobias, rasgos histéricos, depresión o rasgos obsesivos y compulsivos.

La manifestación del trastorno y los síntomas que predominan en el cuadro clínico dependen de la edad, el nivel del desarrollo del niño, la calidad del apego que el niño ha desarrollado en la primera infancia con sus cuidadores principales y de si predomina el funcionamiento psicótico o neurótico. Los niños con un vínculo inseguro, ambivalente, evitativo o ambivalente-evitativo presentan manifestaciones psicopatológicas de menos gravedad que tienen los pacientes con el vínculo principalmente desorganizado, que tienen un mayor riesgo de desarrollar psicopatología y trastornos mentales, como trastornos de personalidad (Zeanah, 2000).

Los niños pequeños (de cuatro a siete años) presentan a menudo cuadros de la línea hipomaníaca. El niño está excitado, eufórico, inquieto, hiperactivo y presenta una familiaridad excesiva (Palacio y Dufour, 2003). En sus juegos y fantasías aparecen temas y sentimientos de grandeza.

Los juegos de un niño limítrofe son, a menudo, inmaduros, monótonos, tienen características compulsivas y el niño no disfruta con ellos como es habitual en los niños de su misma edad (Kernberg, 2000). Hay muchas manifestaciones

tempranas o regresivas, como juegos sexuales orales y anales, agresividad y una ira de proporciones excepcionales, que le producen angustia. El juego es intermitente. Las imágenes de su propia omnipotencia, o bien su propia impotencia y la amenaza de catástrofe, se manifiestan en el juego, el cual tiene inevitablemente un final terrorífico. El niño no suele jugar en grupo con otros niños, a veces debido a que proyecta agresividad en ellos o bien porque sus compañeros le rechazan. Estos niños, a menudo, presentan en su juego indicios de haber padecido traumas físicos o psicológicos.

En la edad de latencia o cuando el niño empieza la educación primaria, se observan más a menudo manifestaciones de tipo depresivo, tales como tristeza e inhibiciones importantes (p. ej., en las relaciones interpersonales y en el aprendizaje), pensamientos e ideas de auto-desvalorización, pérdida, muerte y tendencia a aislarse (Palacio y Dufour, 2003). Los niños que recurren principalmente a defensas maníacas tienden más fácilmente a las actuaciones, a veces autodestructivas y autoagresivas, relacionadas con comportamientos imprudentes o temerarios.

Hay niños que presentan una personalidad *como sí*, que imitan a los demás, se adaptan en todo tipo de situaciones y suelen ser poco espontáneos (Palacio y Dufour, 2003). Otros niños les llaman “copión” o “mando a distancia”. Otros niños fronterizos presentan más bien afectividad negativa generalizada, acciones agresivas e implicación relacional inestable y explosiva con los demás. Son niños que necesitan mantenerse en la proximidad inmediata del cuidador, que no toleran la separación; no pierden de vista al adulto fuera ni dentro de su propia casa, por el miedo de perder el cuidador o a que ocurra algo catastrófico en la ausencia del otro. Este tipo de conducta de “mosca cojonera” o “perro faldero” suele generar irritación, desesperación y rechazo en sus padres.

Criterios diagnósticos del TLP

La condición principal para el diagnóstico de TLP es que se cumplan los criterios de diagnóstico generales para el trastorno de la personalidad (Tabla 1 del anexo). Según el DSM-V (APA,

2013), el TLP se describe como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

El diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad requiere que existan alteraciones o trastornos graves y generalizados del comportamiento del sujeto. Además, que la forma en que experimente su entorno y tales alteraciones o trastornos no sean causados por factores orgánicos o cualquier otro trastorno mental (Hill, 2002). Las perturbaciones también deben desviarse de lo que es normal para la edad, aceptable en la cultura circundante y causar daños o problemas al propio individuo y al entorno. Otro requisito es que los problemas persistan a largo plazo: en el caso de los niños, durante al menos un año, a diferencia de los adultos, en los cuales se requiere que presenten síntomas al menos durante cinco o seis años. Los fenómenos asociados con la patogénesis del trastorno se detectan en varios ámbitos como en casa, en la guardería o escuela y en el tiempo libre.

Comorbilidad

Los niños limítrofes experimentan un estado de estrés psicológico constante. Les es difícil mantener un nivel constante de atención, de funcionamiento y de actividad, lo cual da lugar a dificultades de aprendizaje en la escuela y problemas en situaciones grupales, por ejemplo. Incluso a los padres les resulta difícil soportar los arrebatos emocionales de estos niños. Los niños sienten que no les comprenden ni les toleran. Pueden perder contacto con la realidad en situaciones estresantes, pero, por lo demás, su sentido de realidad es apropiado para su edad.

Primero se diagnostican y tratan los trastornos de Eje I, incluidos los trastornos específicos del desarrollo. Los niños con trastorno límite a menudo están deprimidos y presentan sintomatología polimorfa propia de varios trastornos psiquiátricos (Palacio y Dufour, 2003). Esto está relacionado con su incapacidad para disfrutar de actividades y retos evolutivos relacionados con la edad y sus experiencias de repetidos malentendidos y rechazos. Cuando el niño presenta problemática de Eje II, los trastornos de Eje

I suelen responder mal al tratamiento si no se tiene en cuenta la problemática de carácter y de su estructura psíquica.

Algunos de los síntomas del trastorno límite y del trastorno de espectro autista, como la interferencia en las relaciones interpersonales, falta de empatía, la rigidez mental y los intereses unilaterales, se superponen. La impulsividad y, a veces, la hiperactividad son comunes con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH). La impulsividad, la hiperactividad y la falta de empatía pueden ser de base orgánica o secundarias a problemas de interacción, autoestima, depresión y otros problemas de comportamiento psicológico. Por otro lado, la experiencia clínica muestra que los trastornos neuropsiquiátricos (o la presencia de rasgos de dichos trastornos), trastornos de regulación y una alta sensibilidad aumentan la vulnerabilidad y la predisposición del niño a tener experiencias interpersonales adversas, de forma crónica, las cuales afectan su concepto de sí mismo y el desarrollo de la personalidad. Todo ello aumenta el riesgo de que el niño desarrolle sintomatología compatible con un TLP u otro trastorno de personalidad en un entorno poco contenedor, además de sufrir déficits o dificultades constitucionales. Es necesario hacer un diagnóstico diferencial de trastornos neuropsiquiátricos de base a la hora de plantear el tratamiento. Es importante tener idea de cuál es el origen del trastorno al diseñar el tratamiento. Tanto los aspectos constitucionales como ambientales forman parte de la etiología de los síntomas y afectan al desarrollo de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad en la etapa del desarrollo del niño

El trastorno límite en niños interfiere con el desarrollo psicológico normal o produce un retraso o bloqueo del desarrollo y un déficit en el funcionamiento cognitivo (Álvarez, 2000, 2004; Palacio y Dufour, 2003). Desde el punto de vista del desarrollo, los niños fronterizos no han logrado alcanzar los objetivos de las diferentes etapas del desarrollo. Debe prestarse atención a los retrasos, distorsiones diversas o bloqueos y detenciones en el desarrollo. Por lo tanto, para el clínico es crucial considerar cuáles serían los logros del desarrollo apropiados

para la edad del niño que consulta y cuál sería la conducta adecuada o qué habilidades debería haber adquirido el niño en cada etapa evolutiva.

La organización límite aparece en los niños que han sufrido trastornos graves del apego con sus cuidadores principales cuando eran bebés (Zeanah, 2000). Estos bebés pueden presentar trastornos del humor como depresión o tipo hipomaniaco.

En el caso del apego desorganizado, el bebé se ha criado en un entorno que le es hostil e impredecible. El niño vive en un dilema constante: necesita recibir cuidados de sus padres, pero a la vez no puede confiar, tiene miedo y tiende a alejarse de ellos. Esto hace que el niño se comporte de forma contradictoria y puede estar en alerta constante para evitar situaciones aversivas. El niño tiene miedo a explorar y no recibe nuevos estímulos. Tiene la idea de que es malo y no merece ser bien cuidado (Zeanah, 2000; O'Connor, 2002).

Los niños pequeños limítrofes en edad preescolar suelen tener dificultad para separarse de su madre. Algunos, al contrario, no parecen mostrar angustia alguna ante la separación o diferenciar entre el cuidador y el extraño (Zeanah, 2000; O'Connor, 2002; Palacio y Dufour, 2003). Estos niños se acercan a todo el mundo mostrando una familiaridad excesiva ante un adulto no conocido sin presentar ansiedad ante un extraño, lo que sería apropiado en estas edades. Tienen dificultad en distinguir entre los estándares de *bueno y malo*, lo moralmente adecuado e inadecuado, y presentan dificultad para la regulación emocional y para expresar toda una variedad de sentimientos modulados y en el control de impulsos.

Los niños en edad escolar pueden mostrar dificultad en tener un sentido claro del rol e identidad de género en su juego y fantasía. La regulación emocional y el control de impulsos siguen siendo precarios. Pueden mostrar tristeza o sentirse aburridos y no disfrutan de manera apropiada a su edad de la interacción con sus iguales ni de la independencia que comienzan a adquirir con respecto a sus padres. No han podido resolver el complejo de Edipo por medio de los canales sublimatorios ni la represión, ni han adquirido la noción de constancia objetal ni

de su *self*. Pueden tener pensamientos e ideas de muerte y conductas autoagresivas. También pueden mostrarse muy inhibidos, lo cual puede afectar el rendimiento escolar.

En la preadolescencia y adolescencia, vemos pacientes que no han desarrollado un sentido de identidad o un pensamiento abstracto adecuado para su edad. Muestran poco interés en adquirir autonomía con respecto a la familia y disfrutan poco de ella. La identidad sexual y la capacidad de intimidad son limitadas y las fantasías masturbatorias suelen estar conectadas con material pregenital tales como temas sádicos anales y orales. El rendimiento en el estudio, a menudo, está por debajo de sus capacidades y no han podido desarrollar amistades profundas y disfrutar de las relaciones interpersonales. Pueden tener ideas y conductas autodestructivas.

En el paciente límite, la alteración y el trastorno pueden ir acompañados de retraso y déficit en cualquiera o en todos los aspectos de la personalidad: en las funciones del yo, en el sentido del *self*, su capacidad de amar, disfrutar y sentirse respetado, en el superyó y en las representaciones de los objetos internos (Kernberg et al., 2000).

En la edad de latencia tardía, los niños ya suelen tener la capacidad de poder dar una descripción bastante rica y profunda de su vida, de sus intereses, de sí mismos y de los objetos importantes. En la evaluación del niño pequeño se pone más énfasis en la cualidad del juego, los dibujos y en los comentarios que el niño hace de ellos. La observación del niño y su interacción con los cuidadores e iguales en distintos entornos, la interacción con los demás y con el terapeuta da información tanto de la realidad externa como del mundo interno del niño. No se puede evaluar un niño sin conocer a su familia. Los niños mayores son capaces de hablar de sus intereses, amigos, valores, miedos, preocupaciones, síntomas y otras posibles dificultades que tienen.

En conclusión, al evaluar el niño no solo se tienen en cuenta los síntomas descriptivos de los ejes I y II (rasgos de carácter o personalidad emergente) sino también el nivel de desarrollo evolutivo del niño y los elementos estructurales psicológicos.

La concepción psicodinámica del TLP y el niño limítrofe

Según la teoría psicodinámica, la personalidad limítrofe, fronteriza o *borderline*, con la organización conflictual correspondiente, se caracteriza por la debilidad de la estructura del yo, que se manifiesta en fluctuaciones rápidas en el funcionamiento de este. El trastorno o difusión de la identidad y los niveles cambiantes de organización y funcionamiento del yo son los aspectos fundamentales del niño y adolescente limítrofe.

Predomina el recurso a defensas rígidas, primitivas y el niño experimenta como normal (egosintónicos) una regresión de sus procesos de pensamiento (Álvarez, 2004; Kernberg et al., 2000; Palacio y Dufour, 2003). Las representaciones de las primeras relaciones son insatisfactorias y son vividas fácilmente de forma paranoide. Los impulsos son poderosos, primitivos y, a menudo, hostiles. Los niños limítrofes presentan alteraciones importantes de las relaciones interpersonales, especialmente una excesiva dependencia con respecto a los cuidadores primarios (Chethik, 2000). Desarrollan una ansiedad intensa y difusa, un pánico, cuando la ansiedad-señal que predice los peligros normales es deficiente (Álvarez, 2000). Presentan un nivel alto de impulsividad y una capacidad de regulación emocional precaria.

El desarrollo de la separación-individuación del paciente limítrofe ha sido parcial (Mahler, 1952, 1968). Su mente usa formas de funcionamiento tempranas tales como la escisión, el pensamiento mágico y la omnipotencia, y predomina la posición esquizo-paranoide (Klein, 1935, 1940, 1946). El retraso en el desarrollo o las disarmonías evolutivas puede darse en cualquiera o en todas las áreas de la personalidad: las funciones del yo, la experiencia personal, el sentido de la identidad, la capacidad de amar, disfrutar, el respeto por sí mismo, así como en las funciones del superyó y en los objetos internos (Álvarez, 2000).

Los elementos estructurales

A continuación, presentaré elementos estructurales psicológicos que corresponden a una organización límite de la personalidad en desarrollo.

Sentimiento de identidad

Los niños limítrofes no tienen un sentido de *self*, una imagen de sí mismo o de la *yoidad* diferenciado. Otto Kernberg (1984) habla de la integración dinámica de la experiencia y la conducta subjetiva de la persona. También habla de la diferencia entre la identidad integrada y de síndrome de la difusión de identidad.

Un niño en edad de latencia tardía ya tiene y puede dar ya una descripción de la imagen que tiene de sí mismo y de un objeto importante genuina, compleja, integrada y profunda. También es capaz de reconocer aspectos ambivalentes y contradictorios, negativos y positivos de sí mismo y del otro significativo. Estos mismos aspectos se pueden observar en el juego de un niño más pequeño. Su experiencia de sí mismo y de otros tiene continuidad en tiempo y en diferentes contextos. El niño es capaz de poner esfuerzos en trabajo escolar y de desarrollar intereses a largo plazo y puede tener y disfrutar de amistades profundas. Ha desarrollado buenas capacidades de regulación emocional y autocontrol y tiene autoestima y una imagen de sí mismo positiva y realista.

El niño limítrofe presenta trastorno o difusión de la identidad como consecuencia de déficits y del uso de mecanismos de defensa primitivos (Kernberg et al., 2000). Se manifiestan en la dificultad que tiene el examinador para descubrir al sujeto genuino y auténtico de su vida afectiva y pulsional. La relación que tiene consigo mismo es contradictoria y el niño puede presentar un aspecto de él, negativo o positivo, como si fuera representativo de toda su persona. Sin embargo, si se confronta este aspecto, el niño suele ser capaz de dar una descripción más integrada de él mismo. El niño puede describirse a sí mismo tal y como los demás le perciben, tiene dificultades para ofrecer una descripción de una experiencia subjetiva que haya tenido y siente poca curiosidad por sí mismo. Además, su percepción de sí mismo y de otras personas es en blanco y negro y varía de un momento a otro. Su imagen corporal suele ser negativa o distorsionada. A menudo no tiene una identidad u orientación sexual clara o presenta una inhibición sexual cuando, por ejemplo, las fantasías edípicas están demasiado cercanas a la conciencia.

El niño límite puede percibirse a sí mismo diferente o sin continuidad de una situación o momento a otro; le falta la constancia del *self*. Le cuesta pensar y trabajar a largo plazo para lograr gratificación, lo cual se debe a la falta de constancia objetual, es decir, falta de la integración de las representaciones internas de un objeto suficientemente bueno. No disfruta de las actividades, el juego o las relaciones interpersonales que tiene. Suele tener un sentimiento de apatía, anhedonia, aburrimiento, inutilidad, vacío y depresión crónica. A menudo, los iguales y los padres tienen dificultad para tolerar los síntomas del niño.

El sentido de *self* está perturbado, hay un sentimiento de desconfianza, terror a desintegrarse. El niño puede sentir que no puede sobrevivir sin el objeto.

Pulsiones e impulsos

Los niños límite intentan lidiar con la agresión pregenital primitiva (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Marcelli y De Ajuriaguerra, 2005; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). En el desarrollo normal, cuando un niño puede abandonar el mecanismo de defensa temprano de escisión en bueno y malo, el mundo malvado y agresivo es menos aterrador. Por ejemplo, las imágenes de la madre enfadada pueden convertirse en parte de la buena madre de la que depende, así la madre enojada no es tan aterradora. El niño límite sigue sintiendo el terror primitivo temprano ante el mundo exterior malo, lo cual afecta a su desarrollo evolutivo.

Los niños límite funcionan principalmente a niveles pre-edípicos y en momentos de alta tensión, estrés, miedo o regresión por la causa que sea, la ansiedad se caracteriza por sentimientos primitivos de desintegración y aniquilación (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). La propia ansiedad-señal se experimenta como una amenaza abrumadora más que como una advertencia.

Las fantasías agresivas hacia los objetos internos primitivos generan a menudo angustias catastróficas que se caracterizan por el sentimiento de destrucción de los objetos y afectan la continuidad y la integridad del yo (Álvarez, 2000; Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). El

elemento dinámico central es la fluctuación de su funcionamiento mental con angustias muy violentas, catastróficas, ante las que recurre de manera defensiva a un funcionamiento psicótico, sobre todo angustias persecutorias (Kernberg, 1984). Los niños límite tienen acceso a una problemática depresiva. Sin embargo, tienen dificultad para experimentar sentimientos depresivos de la preocupación por el objeto y la culpa reparatoria características de la posición depresiva (Palacio y Dufour, 2003). Hay una pobreza de las fantasías libidinales y este desequilibrio pulsional está en la base del sentimiento de ser incapaz de preservar vínculos con objetos internos indemnes, y la dificultad de conservar el sentimiento de ser el dueño de su propia vida, un agente libidinal.

Algunos niños límite se retiran del mundo real y se cierran a su propia vida de fantasía (Chethik, 2000). Dentro del mundo imaginario tratan de dominar los peligros. Su vida de fantasía está llena de monstruos agresivos, una representación del mundo escindido de la fase narcisista de desarrollo. El niño domina mágicamente el peligro al volverse súper fuerte para vencer a todos los adversarios y amenazas. Conserva las soluciones mágicas típicas del período narcisista de la vida. Los niños límite luchan continuamente con la agresión primitiva y no logran neutralizar el impulso agresivo, como ocurre en el desarrollo sano.

Manifestaciones no específicas de la debilidad del Yo

Al niño límite le resulta difícil expresar y verbalizar sus emociones y contener la ansiedad. Su capacidad para regular su estado emocional, dirigir y mantener su atención y mentalizar es reducida y/o nula en situaciones de estrés. Tiene consciencia funcional de sus emociones, pero su tolerancia a la ansiedad y frustración es baja. El sentimiento de impotencia crea una profunda vergüenza que el niño puede experimentar como una destrucción de sí mismo. No sólo resulta afectada la función simbólica, sino también la capacidad del yo de representarse la experiencia psíquica (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018).

El niño tiene dificultad en pensar o sentir el

presente. Pensar generalmente es insoportable, sobre todo bajo un afecto intenso, y el niño límite tiende a tener un pensamiento concreto. Presenta grandes dificultades en conectar con sus estados mentales y los de los demás a menudo le dan miedo y/o pánico.

Con la vivencia de destrucción y derrumbamiento catastrófico de sus objetos internos, el niño límite vive también un derrumbamiento del sentimiento de sí mismo y de algunas funciones del yo, en particular de la función simbólica (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). Los trastornos de pensamiento parecen estar ligados a la intensidad de esta problemática catastrófica y se caracterizan por una irrupción del proceso primario en un proceso de pensamiento bajo la égida del proceso secundario. A veces surgen momentos de inhibición en el proceso de pensamiento por desbordamiento catastrófico ligados a intensas pulsiones agresivas contra sí mismo y contra los objetos internalizados. Se puede tratar de una retirada de tipo esquizoide como forma de protección ante intensas vivencias de persecución o de su propia destructividad (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018).

Predomina el funcionamiento precario del yo débil, que comúnmente se asocia con muchos niños límites (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). En general, es tarea del Yo en el desarrollo normal manejar y negociar las amenazas que provienen de fuentes internas o externas. Por ejemplo, en la edad escolar se espera que el niño pequeño normal (de cuatro a seis años) se adapte a una nueva situación y a la función de la escuela y aprenda allí, a pesar de estar separado de la madre. El yo del niño pequeño generalmente puede hacer frente a las amenazas potenciales de este nuevo entorno y puede confiar en los nuevos sustitutos de la madre en la escuela (Chethik, 2000).

El niño límite no suele tener la capacidad del yo para adaptarse a nuevos entornos. Parece estar constantemente traumatizado y no tener un sistema adaptativo o defensivo efectivo para negociar los retos del entorno diario. Hay niños que construyen un muro de aislamiento y fantasía que les separa radicalmente del mundo real. Tienen dificultad para relacionarse de

manera adecuada para la edad; a menudo, los iguales les rechazan y no se adaptan en los juegos grupales. Se aferran a objetos externos, sobre todo a los padres, para manejar la ansiedad; a veces, para mantener el juicio de realidad y que estos funcionen como un yo auxiliar que les proporcionen una fuente de seguridad. Las dificultades emocionales perjudican el funcionamiento general del niño y frecuentemente la capacidad de aprender y el rendimiento académico se ven afectados, funcionando por debajo de sus capacidades potenciales.

En el niño límite, predomina el recurso a defensas primitivas, maniacas o psicóticas, como la escisión, la negación, la proyección masiva, la omnipotencia, la idealización, la desvalorización y la identificación proyectiva (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018; Kernberg et al., 2000). Las defensas tienden a ser rígidas. El niño no tolera la ambivalencia, tiene poca tolerancia a la frustración y a la ansiedad, y muestra un déficit en sus capacidades de comprometerse en actividades, objetivos o relaciones a largo plazo y de adaptación en general. Las características, en el extremo de la posición esquizo-paranoide, son escisión, fragmentación y proyección excesivas; también, identificación proyectiva, con la consecuencia de que el niño tiene un yo débil y una débil confianza en un buen objeto.

Los niños límites recurren a menudo a las defensas melancólicas que se basan en la identificación del yo con objetos internos dañados o destruidos por los ataques de un superyó identificado con un objeto perseguidor (Álvarez 2000; Palacio y Dufour, 2003). Las defensas melancólicas se alternan con el uso del control omnipotente. Las identificaciones narcisistas derivan de mecanismos de identificación proyectiva con objetos parciales, idealizados, que van acompañadas de proyecciones en el entorno (Palacio y Dufour, 2003). El terapeuta se vuelve a menudo el depositario de aspectos desvalorizados del niño que este no tolera. Los objetos idealizados despiertan una envidia intensa, ya que nunca se puede alcanzar un estado ideal como el que estos tienen (Palacio, 2018).

Anna Álvarez (2004) señala la importancia de distinguir entre la utilización de control omnipotente versus la omnipotencia defensiva, que

enmascara una necesidad desesperada de autoestima negativa. El niño no tiene un sentido de agencia e iniciativa con esperanza y confianza, sino que, en cambio, puede mostrar una negación maníaca, ataques controladores a la vida y a la libertad del objeto o del *self*. Algunos niños presentan defensas obsesivas. Debido a la escisión continúa, el mundo malvado sigue estando lleno de horrores tempranos y primitivos y el niño a menudo bloquea lo bueno fuera de su yo (Álvarez, 2004).

En el niño límite, el juicio de realidad está conservado, aunque puede ser frágil (Kernberg et al., 2000). Puede tener alteraciones temporales del sentido de la realidad, que se manifiestan principalmente mediante alucinaciones visuales y auditivas. También debido a la tendencia a la regresión y paranoia, tiende a hacer interpretaciones distorsionadas sobre las intenciones del otro, las cuales se corresponden con los roles activos de sus objetos internos en cada momento. Las fluctuaciones en el funcionamiento del niño con momentos de tipo psicótico se deben a la intensidad excesiva de la problemática catastrófica que ya no le permite mantener internalizada su conflictividad psíquica.

También debe prestarse atención al posible déficit o hostilidad en el superyó del niño, su objeto interno u otro representativo (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). El niño puede tener problemas en la distinción entre el bien y el mal y poca capacidad de sentir culpa y arrepentimiento si ha hecho algo malo o ha causado daño al otro. Algunos niños tienen conductas antisociales. El nivel de vergüenza puede ser intolerable y a veces el niño no tolera la culpa y niega totalmente sus sentimientos vulnerables, lo cual afecta a cómo experimenta el castigo, si tiene deseo de reparar el daño que ha causado, el nivel de empatía y generosidad. También se valora los valores e ideales del niño y su capacidad de trabajar para alcanzarlos. Estas características deben estar relacionadas con su edad y su nivel de desarrollo.

Las manifestaciones del superyó, dependiendo de su severidad, pueden ir desde prohibiciones severas de los impulsos edípicos hasta intensos sentimientos de persecución interna, que provienen de elementos superyoicos parciales arcaicos (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio

y Dufour, 2003; Palacio, 2018). El ideal del yo puede ser la imagen del superyó o el motor de un funcionamiento yoico que se esfuerza por satisfacer las exigencias de este ideal, características de personalidades narcisistas. Este ideal del yo tiende a tomar formas persecutorias y, para sostenerlas, el niño recurre a un desplazamiento de la agresividad que revela un intento de identificación con objetos idealizados-persecutorios (Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018).

Relaciones objetales internas y relaciones interpersonales

Los niños límite suelen relacionarse con objetos sobre una base de satisfacción de necesidades, que es una forma temprana de vinculación de objetos asociada con los procesos narcisistas o simbióticos del desarrollo (Chethik, 2000). El objeto ideal cumplirá todos los deseos y el niño indefenso depende totalmente del objeto para sobrevivir.

También persiste la inestabilidad de la representación del objeto, la falta de constancia del objeto libidinal y el mantenimiento precario de la catexis en él. La separación de los padres es particularmente difícil porque el niño no es capaz de guardar una imagen buena en su mente de un objeto ausente (Álvarez, 2000). Debido a que el niño necesita al objeto como un auxiliar del yo, proveedor de la seguridad, destinatario y contenedor de partes insoportables escindidas del yo, depende completamente del objeto. Espera que este objeto totalmente bueno cumpla todos sus deseos. También exige atención constante porque teme que, si el objeto muestra independencia, este puede abandonarle o desaparecer. Las relaciones interpersonales y la independencia con respecto a los padres no proporcionan la satisfacción normal que corresponde a la edad del niño, sino que los niños límite a menudo experimentan pánico y terror al separarse del objeto que les mantiene a salvo.

Algunos niños se retiran de los objetos y de las relaciones reales debido al dolor percibido y la falta de satisfacción y contención emocional en el mundo real, y se dirigen al mundo de fantasía con objetos ficticios, satisfactorios y omnipotentes (Álvarez, 2004; Chethik, 2000). Pueblan su vida de fantasía con los objetos omnipotentes, protectores y satisfactorios que necesitan. Los

superhéroes pueden servir como salvadores. Las frustraciones, a veces malos tratos percibidos del objeto real externo, empujan al niño a desarrollar un amplio mundo de fantasía y una postura esquizoide en la cual se retira a una vida de fantasía narcisista y omnipotente. Esta es una solución típica para muchos niños limítrofes que han desarrollado un vínculo predominantemente inseguro evitativo o desorganizado.

Trasferencia y contratransferencia

La interacción con un niño con un trastorno límite está muchas veces sujeta a una exigencia compulsiva y a un control omnipotente (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). El niño trata a los demás de manera arbitraria e intenta manipular, seducir y forzar a otra persona según los roles de su propio mundo interno que se activan en un momento dado. Estos roles de sus objetos internos cambian rápidamente, como también el afecto predominante de cada momento.

Bion (1962, 1965) sugirió que algunos tipos de identificaciones proyectivas, como proyecciones destructivas de partes no deseadas del paciente, podrían estar expresando la necesidad de comunicar algo a alguien en un nivel muy profundo y primitivo. Muchos de los estados experimentados en la posición esquizoide-paranoide pueden verse como intentos de lograr el equilibrio y expresar necesidades desesperadas. Bion comparó la contención y transformación del analista de los sentimientos y pensamientos del paciente con las primitivas pero poderosas comunicaciones preverbales que tienen lugar entre madres y bebés. Es así cómo los sentimientos se vuelven soportables y los pensamientos se vuelven pensables. A través del análisis de la relación transferencia-contratransferencia, el terapeuta puede tener acceso a estos estados mentales primitivos no verbales y evaluar la capacidad o incapacidad de contención del objeto interno del niño y ofrecer comprensión (o intentos de comprender algo incomprensible) y contención, tal como pasa en la primera relación madre-bebé.

El niño lucha contra la ansiedad sobre cómo manejar el miedo o el odio hacia un objeto perseguidor (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio

y Dufour, 2003; Palacio, 2018). En la relación transferencial, notamos a menudo que el niño se retira de la relación y se aísla. En el momento de evolución de un estado paranoide a una relación de objeto más positiva o de confianza, el niño puede volver a retirarse a estados de desconfianza que conoce bien. Esto no ocurre necesariamente porque, de repente, el niño se siente nuevamente perseguido, sino porque no sabe cómo manejar los buenos sentimientos, posiblemente desconocidos para él. El lado positivo de la personalidad del paciente puede estar muy poco desarrollado (Álvarez, 2004).

A menudo, el niño fronterizo tiene dificultad en la modulación y regulación de los estados de excitación sobre un objeto excitante. En estos momentos, el niño puede alejarse de nosotros solo para tratar de calmarse de la única manera que sabe (Álvarez, 2004). El niño no ha tenido experiencias contenedoras de relación con el objeto que ayuda a regular emociones intensas excitantes o intolerables.

Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia

Se puede concebir al trastorno límite de la personalidad en la adolescencia desde dos perspectivas. Desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, es comprensible que un niño limítrofe que tenga debilidades en la estructura de la personalidad y en las relaciones interpersonales tenga serias dificultades en la adolescencia. El desarrollo puede detenerse en la adolescencia o conducir al colapso mental (Laufer y Laufer, 1984). Las características *borderline* que hasta ahora no eran manifiestas pueden volverse más difíciles. Por otro lado, la adolescencia, la segunda etapa de separación e individuación, también ofrece nuevas oportunidades para corregir el desarrollo desviado o estancado en las etapas anteriores (Blos, 1967). La red de amistades interpersonales que suele ampliarse en la adolescencia y los nuevos intereses crean la base para una oportunidad de un desarrollo corrector y positivo. La sensación psíquica de ligereza propia de un adolescente permite elaborar ansiedades y conflictos no superados. Sin embargo, en el caso de un adolescente limítrofe, es imprescindible la asistencia terapéutica profesional.

El segundo enfoque se basa en los criterios de diagnóstico para el trastorno límite de la personalidad en la edad adulta. La personalidad adulta madura, que es la referencia presunta para estos criterios, es un objetivo del desarrollo juvenil y, por lo tanto, la aplicación de los criterios a los adolescentes debe tener en cuenta las etapas previas y el estado actual del desarrollo del paciente adolescente. En el trastorno límite, se preserva el sentido de realidad, pero la difusión de identidad es obvia (Normandin, Ensink, Weiner y Kernberg, 2021). En la latencia, la identidad y el juicio de realidad normalmente están equilibradas y controladas, en parte por las relaciones objetales externas. En la adolescencia, el joven comienza tomar distancia de los padres, que hasta ahora han hecho la función de yo auxiliar. Por lo tanto, a medida que las estructuras de personalidad involucradas en el desarrollo de la adolescencia se flexibilizan, a la vez que el joven se aleja y separa de los padres, pueden aparecer muchas características que se asemejan a las propias de un estado fronterizo.

Una crisis de identidad (Erikson, 1968) puede parecerse, vista desde fuera, a un estado fronterizo. Los cambios hormonales y neurobiológicos y la falta de validación de la percepción de sí mismo en las interacciones con los demás pueden provocar una sensación de confusión en el adolescente. Un joven fronterizo presenta difusión de identidad, mientras que un joven que atraviesa la crisis de la adolescencia tiene una identidad integrada y tiene la capacidad de dar una descripción genuina, profunda, compleja e integrada de sí mismo y de un objeto importante (Normandin et al., 2021). Reconoce y tolera aspectos ambivalentes y contradictorios de sí mismo y del otro significativo.

Los pacientes con una organización *borderline* de la personalidad padecen el síndrome de difusión de la identidad y del trastorno del desarrollo (Terr y Kernberg, 1990; Tackett, Balsis, Oltmanns y Krueger, 2009). Puesto que predominan en ellos las relaciones de objeto internalizadas agresivas sobre las idealizadas, el paciente ha tenido mucha dificultad para integrar tanto el concepto de sí mismo como el de los objetos (Kernberg, 2006; Normandin et al., 2021). El yo de estos pacientes quedó fijado en un nivel en el que imperaban los mecanismos de

defensa primitivos. Los afectos negativos, agresivos y persecutorios aparecen radicalmente separados de los afectos ideales y libidinales.

Se ha sugerido que la ansiedad o la depresión neurótica severa en la adolescencia podría conducir al aislamiento y a la interrupción de las relaciones sociales, una situación que se asemeja a un estado límite. La incoherencia del adolescente o sus conductas llamativas propias de la crisis de identidad pueden parecerse a la difusión de identidad. Por otro lado, los síntomas neuróticos y la alteración de la conducta del adolescente pueden ser causados por un trastorno estructural más grave, el trastorno límite. Las reflexiones, imágenes y experimentos relacionados con el desarrollo sexual del adolescente también deben distinguirse de los síntomas patológicos similares del trastorno límite de la personalidad. También el trastorno psicótico que comienza en la adolescencia, inicialmente, puede parecerse a un trastorno límite. En el diagnóstico de un posible trastorno de la personalidad y su evaluación no es decisivo tanto la gravedad de los síntomas que un joven puede presentar en un momento dado sino la presencia o ausencia del síndrome de la difusión de la identidad. El juicio de realidad se mantiene en los estados fronterizos, aunque estos adolescentes pueden regresar a modalidades paranoides de pensamiento (Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2015).

La gravedad de los trastornos mentales graves aumenta en la adolescencia. Es importante que los adolescentes que padecen síntomas psiquiátricos tengan acceso a una evaluación diagnóstica por un especialista y al tratamiento adecuado lo antes posible. El papel de la atención primaria de salud es identificar y detectar a estos jóvenes en una etapa temprana y hacer una evaluación inicial de su situación y, si es necesario, derivarlos rápidamente a atención médica especializada.

Nivel estructural de trastorno basado en su gravedad

Para poder caracterizar los aspectos de la salud mental del niño o su posible trastorno hay que valorar los rasgos de personalidad o carácter emergentes. Estos rasgos se sitúan en el espectro que va de sano a ligeramente, moderadamente o severamente disfuncional. También

permiten valorar el nivel estructural de la personalidad emergente.

La evaluación de los elementos estructurales psicológicos da información sobre el nivel y tipo de trastorno. Tal como he descrito antes, se atiende a las áreas principales del funcionamiento psíquico, es decir, el nivel de desarrollo del yo, la naturaleza del sentido del *self* y la naturaleza de los objetos internos u otro representativo (*representational other*). Esto da luz sobre dónde está el niño en el continuo reactivo-neurótico-*borderline*-psicótico, nivel alto o bajo, y sobre el grado de ansiedad, persecución, paranoia, desesperación, impulsividad, psicopatía, perversión, adicción o trastorno del pensamiento, etc. (Álvarez, 2004).

La dimensión vertical, el continuo entre la psicosis y la neurosis, describe tanto los grados de patología como el nivel de funcionamiento del yo, y es útil como una guía aproximada del mundo interno del niño. La evaluación da indicación sobre la agudeza o cronicidad de todos o alguno de estos elementos y de cuán lejos debería llegar el niño para alcanzar el desarrollo normal (Álvarez, 2004). Por ejemplo, un niño que manifiesta alteraciones de la conducta aparentemente graves puede estar actuando unas dificultades intrapsíquicas de diferente gravedad. Se puede tratar de unas conductas reactivas de una situación externa de corto plazo que ni el niño ni su entrono son capaces de contener en el momento. Si el niño tiene una base suficientemente segura sin un trastorno del vínculo de base, la situación se normaliza rápidamente una vez que se elimina el estresor que ha desencadenado el trastorno. El niño que presenta un trastorno a nivel neurótico ya presenta dificultades duraderas, y cuando se trata de un trastorno a nivel *borderline* o psicótico, hablamos de trastornos graves en las funciones del yo y de un nivel de ansiedad catastrófica.

En algunos niños limítrofes, existen defensas parecidas a las que se desarrollan en una personalidad más madura, compleja y estructurada. En otros niños limítrofes muy traumatizados o maltratados, podemos recurrir a nociones como inmadurez, el desarrollo del yo débil, déficit o desequilibrio. Estas nociones son útiles porque proporcionan una idea de dónde viene el niño, o dónde aún no ha llegado (Álvarez, 2004). Esta

evaluación es fundamental para poder indicar un tratamiento adecuado.

Dentro del espectro de la organización límite de la personalidad, existen subniveles de severidad / gravedad: de funcionamiento alto, medio y bajo, dependiendo de la gravedad de la difusión de identidad, nivel de agresión, predominancia de las defensas, cualidad de objetos internos, capacidad regulación emocional y la integración del superyó (Yeomans et al., 2015; Normandin et al., 2021).

Es importante que una evaluación del trastorno de los niños y adolescentes gravemente perturbados se acompañe de una evaluación de los déficits de desarrollo en el yo, el *self* o sentido de identidad, los objetos internos y el superyó. Un déficit particular en la capacidad del objeto interno para contener identificaciones proyectivas es importante, tanto para el diagnóstico como para la elección de la técnica y tipo de terapia. El nivel de agresividad y los valores morales son importantes indicadores de la gravedad del trastorno de la personalidad (Yeomans et al., 2015). También es fundamental reconocer las capacidades y fortalezas del niño.

Existen niños que presentan dificultades descritas en este artículo. Más allá de los síntomas y los rasgos de personalidad emergente o su carácter, es importante reconocer y detectar las dificultades que estos niños tienen en el desarrollo de su estructura psíquica. Esto da información sobre la gravedad del trastorno y ayuda a definir el tratamiento adecuado, que será diferente para un niño que tiene un trastorno reactivo, neurótico, *borderline* o psicótico.

Conclusiones

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno psiquiátrico caracterizado por un desequilibrio generalizado del estado de ánimo, inestabilidad en las relaciones y una imagen perturbada de sí mismo y de los demás. Es una estructura patológica del yo, que se sitúa entre los niveles psicótico y neurótico.

Es importante que los niños que padecen dificultades psiquiátricas tengan acceso a una evaluación diagnóstica hecha por un especialista y que sea reconocida la gravedad del trastorno. Se realiza una evaluación tanto

a nivel sintomatológico, de rasgos la personalidad *emergente*, nivel de desarrollo evolutivo y nivel estructural o de organización de la personalidad emergente. Se evalúa el nivel de trastorno que incluye la evaluación de las funciones del yo, del superyó, de los objetos internos y la funcionalidad del niño, la cual ayuda a valorar el tipo de tratamiento psiquiátrico y/o psicoterapéutico y la intensidad adecuada de este. Los trastornos *borderline* requieren un tratamiento psicoterapéutico, ya que sin él, interfieren con el desarrollo normal y tienden a continuar hasta la edad adulta. Por otro lado, con psicoterapia se puede ayudar a niños limítrofes a reanudar una evolución sana del desarrollo de su personalidad. Además, el niño será capaz de regular mejor sus emociones, controlar su conducta, relacionarse con sus iguales y aprender de manera satisfactoria.

Bibliografía

- Alvarez, A. (2000). Moral imperatives in work with borderline children: the grammar of wishes and the grammar of needs. En J. Symington (ed.), *Imprisoned pain and its transformation*. London: Karnac Books.
- Alvarez, A. (2004). Borderline children. Differentiating disturbance and deficit. En M. Rustin y E. Quagliata (eds.), *Assessment in Child Psychotherapy*. London: Karnac Books.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing.
- Bion, W. (1965). *Transformations*. London: Routledge.
- Bion, W. (1962). *Learning from the experience*. London: Maresfield Library.
- Blos, P. (1967). The second individuation of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- Chethik, M. (2000). Treatment of the Borderline Child. En M. Chethik (ed.), *Techniques of Child Therapy: Psychodynamic Strategies*. New York, London: The Guilford Press, 150-172.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. Oxford, England: Norton & Co.
- Hill, J. (2002). Disorders of personality. En M. Rutter y E. Taylor (eds.), *Child and Adolescent Psychiatry (4th ed)*. Oxford: Blackwell Publishing, 723-736.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 75, 969-1004.
- Kernberg, P., Weiner, A. y Bardenstein, K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.
- Kernberg, P. (2000). The Forms of play. En K. Von Kiltzing, P. Tyson y D. Bürgin (eds.), *Psychoanalysis in Childhood and Adolescence*. Basel Switzerland: Karger, 25-41.
- Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En *Obras completas. Amor, culpa y reparación, Vol I*. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En *Obras completas. Amor, culpa y reparación, Vol I*. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. En *Envy and Gratitude and other Works 1946-1963*. London: Vintage.
- Laufer, M. y Laufer, M. E. (1984). *Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view*. London: Karnac Books.
- Mahler, M. (1952). On childhood psychosis and schizophrenia, autistic and symbiotic infantile psychosis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 286-305.
- Mahler, M. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: international Universities Press.
- Marcelli, D. y De Ajuriaguerra, J. (2005). *Psicopatología del niño. En las fronteras de la nosología*. París: Masson, 393-410.
- Normandin, L., Ensik, K., Yeomans, F. E. y Kernberg, O. F. (2014). Transference-focused Psychotherapy for Personality Disorders in Adolescence. En C. Sharp y J. Tackett (eds.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. New York: Springer Press.
- Normandin, L., Ensink, K., Weiner, A. y Kernberg, O. (2021). *Transference-Focused Psychotherapy for adolescents with severe personality*

- disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.
- O'Connor, T. (2002). Attachment disorders of infancy and childhood. En M. Rutter y E. Taylor (eds.), *Child and Adolescent Psychiatry (4th ed)*. Oxford: Blackwell Publishing, 776-792.
- Palacio, F. y Dufour, R. (2003). *Diagnóstico estructural en el niño*. Barcelona: Herder.
- Palacio, F. (2018). *La práctica psicoterapéutica con el niño*. Bilbao: Ed. Alt autores.
- Tackett, J. L., Balsis, S., Oltmanns, T. F. y Krueger, R. F. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Developmental Psychopathology*, 21, 687-713.
- Terr, L. C. y Kernberg, P. F. (1990). Debate forum-Resolved: Borderline personality disorders exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 478-482.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. y Kernberg, O. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. A clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Zeanah, C. (2000). *Handbook of infant mental health 2nd Ed*. New York: The Guildford Press.

Anexos

Tabla 1: criterios diagnósticos del TLP según el DSM-V (APA, 2013)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autodestructivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.