

Capítulo 9: La psicoterapia focalizada en la transferencia
Autores: Miguel Ángel González Torres, Marina Bea Mirabent

ABORDAJE INTEGRADOR DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

CARLOS MIRAPEIX COSTAS

JAVIER VÁZQUEZ-BOURGON

ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

JESÚS ARTAL SIMÓN

ABORDAJE INTEGRADOR DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

EDITORES

CARLOS MIRAPEIX COSTAS

Fundación para la investigación en psicoterapia y personalidad (FUNDIPP), Santander.
Co-director del curso de especialista universitario en psicoterapia integrada de los trastornos
de la personalidad, Universidad de Deusto.

JAVIER VÁZQUEZ BOURGON

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

JESÚS ARTAL SIMÓN

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria.

9

LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA (TFP)

Miguel Ángel González Torres
Marina Bea Mirabent

1. INTRODUCCIÓN: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y SU TRATAMIENTO

Los Trastornos de la Personalidad (TP) se han convertido en una patología de actualidad, y constituyen uno de los mayores retos terapéuticos en nuestra profesión.

Los rasgos principales que definen a estos pacientes son los problemas en las relaciones interpersonales, la impulsividad, la inestabilidad afectiva y los problemas de identidad (APA, 2001). Como consecuencia aparecen déficits tanto a nivel interpersonal como ocupacional, así como un riesgo elevado de conductas suicidas o parasuicidas y elevadas tasas de tratamiento médico y psiquiátrico.

Frecuentemente aparecen comorbilidades con trastornos afectivos y de ansiedad, además de uso de sustancias.

La prevalencia de los Trastornos de la Personalidad se establece aproximadamente en un 5,9% de la población general. En el ámbito clínico corresponden aproximadamente a un 10% de los pacientes atendidos a nivel ambulatorio y a un 15-20% de los pacientes ingresados en servicios de Psiquiatría.

Según las guías clínicas internacionales (APA Oldham et al 2001, Guidelinewatch 2005; NICE Tyrer et al 2009; Grupo de Trabajo de la GPC sobre TLP 2011; NHMRC Australia 2012), la indicación de tratamiento en los Trastornos de la Personalidad es una intervención psicoterapéutica con eficacia demostrada, junto con el uso auxiliar

de psicofármacos, cuyo papel se considera secundario en el plan terapéutico a largo plazo. Los psicofármacos presentan además importantes limitaciones en el abordaje de los TP:

- La ausencia de un objetivo bien definido en el tratamiento farmacológico, más allá del abordaje de síntomas concretos.
- El importante potencial de abuso y dependencia de sustancias en estos pacientes.
- El peligro de convertirse en vía de expresión de problemas existentes en la relación médico-paciente.
- Los limitados resultados obtenidos a través del tratamiento farmacológico hasta la fecha.

La situación de la psicoterapia en el tratamiento de los Trastornos de la Personalidad tampoco es simple. Las dificultades en la alianza terapéutica, la larga duración del tratamiento, el difícil entrenamiento de los profesionales y la complejidad en la evaluación de los pacientes ha producido limitaciones importantes en este campo.

En la mayoría de países del mundo occidental la situación real es que sólo un pequeño número de estos pacientes recibe tratamiento mediante técnicas basadas en la evidencia. Los pacientes con TP a menudo no reciben una atención específica, y los protocolos de tratamiento en uso son escasos.

Se producen en relación a esta situación una serie de paradojas. Por un lado, hay un buen número de clínicos que conocen las técnicas diseñadas para el Trastorno de la Personalidad tipo Límite (TLP), pero que no las aplican por falta de recursos, de entrenamiento o por otras

razones. Por otro, contamos con un pequeño número de centros progresivamente más especializados en el tratamiento de Trastornos de la Personalidad y que se van situando como referencia en el entorno. El resultado es que el psiquiatra generalista conoce cada vez menos acerca de la enfermedad y su tratamiento, aunque la mayoría de pacientes son tratados justamente en los ambulatorios de Psiquiatría General. En muchos equipos de Salud Mental lo que se trata realmente es la comorbilidad, mientras que el propio Trastorno de la Personalidad puede incluso no ser identificado, aunque interfiere constantemente en las intervenciones terapéuticas.

Existe en general una situación de pesimismo o de “desesperación terapéutica”, en la que “cualquier tratamiento es válido”, estableciéndose una puerta giratoria entre el Centro de Salud Mental (CSM) y el Hospital General, con ingresos cortos de contención y retorno al tratamiento ambulatorio.

Estos pacientes son grandes consumidores de recursos sanitarios y se dan durante su seguimiento múltiples abandonos (de terapeutas, de recursos, nuevo intento de adherencia a un dispositivo determinado, etc).

La situación actual conlleva por tanto un uso de la psicofarmacología de forma errática, una aplicación de psicoterapias individuales de una forma irregular, escasa y a menudo fruto del voluntarismo, y una psicoterapia grupal no específica, no integrada en programas y que sólo se puede ofrecer en algunos centros.

1.1. LA PSICOTERAPIA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Las psicoterapias para el TLP “manualizadas” y “demostradas empíricamente” son poco conocidas, largas, difíciles, y se plantea cuál es su efectividad real en la práctica clínica.

Los modelos principales disponibles actualmente son:

- **Terapia Conductual Dialéctica (DBT)** (Linehan 1993a y 1993b).
- **Hospitalización parcial de orientación psicoanalítica para pacientes límites / Terapia Basada en la Mentalización** (Bateman y Fonagy 1999, 2001).
- **Psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP)** (Kernberg et al 2008, Clarkin et al 2001; Clarkin et al 2007).
- Otros: **Terapia Cognitivo-analítica para pacientes límites (CAT)** (Ryle et al 1997); **Terapia interper-**

sonal reconstructiva para pacientes “refractarios” (IRT). (Benjamin 2003); **SchemaTherapy (ST)** (Young et al 2004).

La psicoterapia conlleva importantes dificultades para estos pacientes, y la principal de ellas es justamente una condición propia de su patología: la necesidad de una vinculación significativa y duradera con el otro, es decir, el terapeuta. Para este tipo de pacientes la relación es muy difícil, y todavía más cuando la terapia es de larga duración.

Por otro lado, el entrenamiento en psicoterapia para los Trastornos de Personalidad es un proceso de alta complejidad. Los conocimientos teóricos pueden ser adquiridos con mayor o menor facilidad, pero la situación transferencial y contratransferencial que se genera requiere una estrecha supervisión entre compañeros. La supervisión tiene como objetivo proporcionar al terapeuta una visión externa de lo que éste, dentro de la relación terapéutica, no puede percibir. Es por este motivo un elemento fundamental del abordaje psicoterapéutico.

1.2. LA EVALUACIÓN EN PSICOTERAPIA

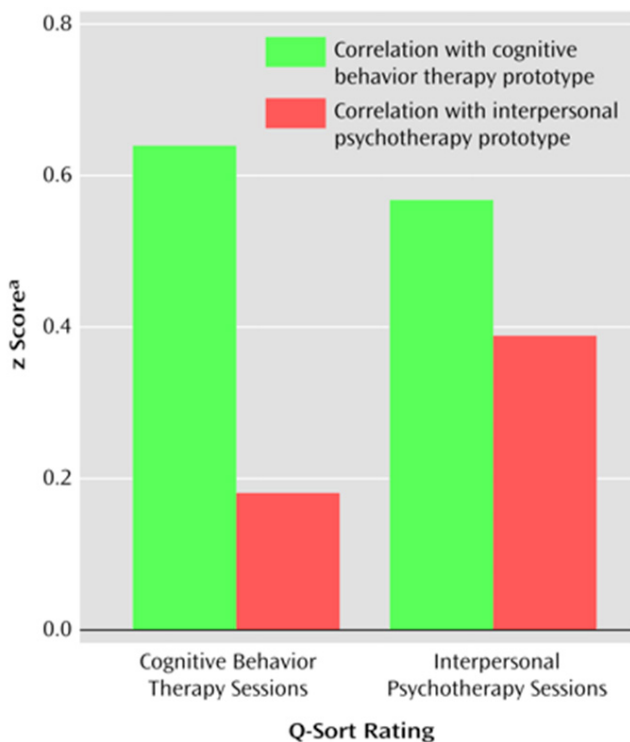
Como en cualquier otra intervención terapéutica, en la psicoterapia el modelo de evaluación debe ser el Ensayo Clínico Randomizado (ECR). Sin embargo el ensayo clínico presenta muchas dificultades para la evaluación de las psicoterapias, que expondremos a continuación.

Ablon y Jones, en un estudio publicado en el 2002 en el American Journal se escogió una muestra de pacientes con depresión, aleatorizando la muestra a Terapia Cognitivo-Conductual o a Terapia Interpersonal (dos modelos que han demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión). Se aplicaron estas intervenciones con el mayor rigor mediante el entrenamiento de todos los terapeutas y la homogeneización de sus intervenciones.

Además de la eficacia ya conocida, se comprobó otro aspecto: evaluadores ciegos al tipo de psicoterapia que se estaba evaluando tenían que determinar si las intervenciones del terapeuta en la sesión eran propias de una sesión de terapia cognitiva o bien de terapia interpersonal. En ambos casos un porcentaje importante de intervenciones fueron calificadas como pertenecientes al otro tipo de terapia, tal y como se objetiva en el gráfico 1.

La conclusión que se extrae de este estudio es la enorme dificultad de comparar psicoterapias de distinto tipo, al utilizar todas ellas intervenciones comunes.

Gráfico 1. Proporción de asignación ciega de tipos de terapias



Modificado de Ablon & Jones. *Am J Psychiatry* 159, 775; 2002

Esta primera complicación de la evaluación en psicoterapia se ve acompañada de las dificultades propias de la aplicación de las características del ensayo clínico aleatorizado a las intervenciones terapéuticas:

- La aplicación de un tratamiento con placebo es muy complicado, a veces incluso imposible. Actualmente es frecuente utilizar como placebo la lista de espera, pero ésta no es neutral, sino negativa: en los abandonos se recurre al tratamiento habitual, que es distinto en cada lugar donde se aplica y por tanto difícilmente generalizable.
- La aplicación del doble ciego se demuestra imposible por el propio diseño de la intervención terapéutica.

Otra cuestión reseñable es el objetivo principal de las psicoterapias. Aunque en general el foco establecido es la relación paciente-terapeuta y la relación entre el paciente y las personas de su entorno, en determinadas psicoterapias el objetivo es la reducción de conductas observables mientras que en otras lo principal es modificar patrones relacionales. Así, una pregunta legítima es si es adecuado comparar entre sí psicoterapias que se dirigen a objetivos distintos, y si esas psicoterapias tratan a pacientes similares.

La evaluación en psicoterapia sigue siendo sin embargo imprescindible y muy valiosa, aunque la investigación a través del Ensayo Clínico Randomizado entrañe grandes dificultades en este campo.

2. OTTO KERNBERG Y LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA

2.1. DATOS BIOGRÁFICOS Y FORMULACIÓN TEÓRICA

La biografía de Otto Kernberg, creador de la Psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP), se encuentra estrechamente relacionada con su recorrido profesional y el desarrollo de su modelo de psicoterapia.

Otto Kernberg nació el año 1928 en Viena.

Cuando se produce la anexión de Austria a la Alemania nazi, la familia de Otto Kernberg, que en ese momento contaba con nueve años de edad, toma la decisión de emigrar a Chile. Este hecho tendrá una influencia fundamental en su formación como médico, psiquiatra y psicoanalista en Chile, donde la corriente predominante era en aquel momento la doctrina de Melanie Klein.

En el año 1939 se produce en Inglaterra una controversia muy importante entre Anna Freud (la hija de Sigmund Freud) y Melanie Klein. Esta controversia llega a ser tan intensa que genera una ruptura en el psicoanálisis de la época, dando lugar a un movimiento que para muchos es el más importante del psicoanálisis después de Freud: el grupo intermedio o independiente, compuesto por algunos de los analistas posteriores a Freud más relevantes, como Fairbairn, Guntrip y, sobre todo, Winnicott.

La obra de Melanie Klein, figura clave en el desarrollo de la Teoría de las Relaciones Objetales en Psicoanálisis no empieza a ser conocida ampliamente en EEUU hasta los años 70. Es Kernberg quien contribuye de forma relevante a la difusión de sus conceptos, sobre todo a través de la importancia que otorga a los mecanismos de defensa primitivos o a la agresión y el instinto de muerte. Al poco de llegar a EE UU, Kernberg se incorporó a la Clínica Menninger, en Kansas, baluarte de la "Psicología del Yo" norteamericana. Allí da comienzo una labor integradora que perdurará lo largo de toda su carrera, persiguiendo una armonización de la teoría kleiniana con la "Psicología del Yo". En la Clínica Menninger existía una tradición

de investigación con seguimientos a largo plazo, homogeneización de intervenciones para medición adecuada de eficacia, etc., en los que se empezaba a intuir la existencia de pacientes que mediante los abordajes psicoanalíticos tradicionales no obtenían buenos resultados, y que más adelante serían diagnosticados como Trastorno Límite de la Personalidad.

En su vida profesional aparece como una constante la búsqueda de la expansión de su conocimiento, así como su propagación al mayor ámbito posible de profesionales. Por otro lado se interesa siempre por la investigación y por la relación con la Psiquiatría en general.

Más tarde, crea en la Universidad de Cornell el Instituto de Trastornos de la Personalidad y llega a ser presidente de la IPA (International Psychoanalytic Association), pero el pensamiento de Otto Kernberg se aleja del psicoanálisis más conservador por su pensamiento abierto e interesado por las aportaciones de otros campos vecinos. De ahí que la identidad profesional de Kernberg posea muchas facetas, incluyendo las de psiquiatra, académico, investigador y didacta.

Si comparamos a Kernberg con otros autores de relevancia dentro del Psiconálisis, podemos observar cómo su pensamiento tiene en común aspectos fundamentales con otros autores, y cómo sin embargo ha desarrollado una línea de trabajo propia y distintiva, como se expone a continuación.

Sigmund Freud escribe en el año 1919 un trabajo que se convierte en fundamental dentro de su obra, “Más allá del principio del placer”, en el escenario posterior a la Primera Guerra Mundial. La situación vivida llevó al cuestionamiento sobre el origen de ese horror; y el origen del mal entre los humanos. En ese contexto Freud empieza a cuestionar su teoría sobre la libido como única fuerza que motiva la conducta humana, y plantea que el psiquismo no puede explicarse solo como un movimiento libidinal y formula el concepto de pulsión de muerte: la existencia de un instinto agresivo innato en todo ser humano que influye poderosamente en nuestro comportamiento y que se encuentra situado paralelamente al instinto libidinal o de vida.

Melanie Klein es quien desarrollará este concepto descrito inicialmente por Freud. Según su concepción teórica, el instinto de muerte es uno de los motores fundamentales del desarrollo humano, y es mediante la relación

con el objeto primario (principalmente la madre) que el niño/a aprende a manejar esta carga agresiva. La madre descrita por Klein se convierte en la depositaria de estas proyecciones de agresividad del niño, y este mecanismo de proyección permite adquirir una visión extendida de la realidad y del *self*: la madre se convierte en un “pecho malo” cargado de toda la agresividad y aspectos negativos que provienen del niño, de manera que él se libera de esta carga negativa y se queda sólo con los aspectos positivos. En otros momentos en cambio la madre se convierte en un “pecho bueno”, adquiriendo toda la energía libidinal del niño. En esta primera etapa, que Klein denomina como **esquizo-paranoide**, predominan los mecanismos defensivos de escisión y proyección.

Con la maduración el niño puede aprender a manejar esos aspectos agresivos dentro de sí mismo mediante la introyección de dichos aspectos a través de la relación con la madre. Se produce la entrada en la **fase depresiva**, en la que se abandona de la escisión para pasar a la integración de los aspectos positivos y negativos de uno mismo y de los objetos; y que forma parte del propio proceso de maduración sano. Supone a la vez un proceso de duelo, un cambio en la percepción tanto del propio *self* como del otro. Únicamente aparece en el adulto una situación en la que se retorna a la escisión como proceso sano: el enamoramiento. Salvo en ese período, de relativa corta duración, el individuo sano es capaz de percibir al otro como constituido tanto por aspectos considerados como “buenos” como por otros considerados como “malos”, ambos constituyendo parte integrada del concepto heterogéneo del otro.

Kernberg desarrolla el concepto de las “**relaciones objetales internalizadas**” inicialmente planteado por Melanie Klein. Según la “**teoría de las relaciones objetales**”, el papel del objeto primario (la madre) es fundamental, y en su ausencia el niño queda inundado por su propia pulsión agresiva o de muerte, con la posibilidad de refugiarse en la locura como forma de protección. La madre para Klein es en realidad un soporte en el que el niño deposita los elementos de su mundo interno, y más allá de su disponibilidad hacia el niño la función de la madre es limitada.

Kernberg comparte la idea de la importancia central de la agresión en la patología límite y narcisista y de la relación objetal temprana para el manejo de los impul-

sos agresivos, así como el papel central de los mecanismos de defensa primitivos para el manejo de dicha agresión en los pacientes con TLP. En cambio, adjudica un menor papel al “Instinto de Muerte”, no acepta plenamente la propuesta del Edipo temprano y el conocimiento innato de los genitales femeninos, no abandona la teoría tripartita y critica la interpretación excesiva de la Transferencia. Otorga además un mayor papel a la realidad externa en detrimento de las reconstrucciones genéticas.

Según este autor el problema fundamental en el paciente es su incapacidad para manejar adecuadamente la pulsión agresiva, de manera que no puede llegar a percibir al objeto y al propio *self* de forma integrada y matizada. Las hipótesis para explicar este funcionamiento son:

- La madre o el objeto primario no está suficientemente disponible.
- La pulsión agresiva que proviene del niño es tan intensa que la disponibilidad de la madre no es suficiente.

En relación a Kohut, Kernberg presenta una visión diferente del narcisismo y de su abordaje. Según Kernberg el conflicto se genera a partir del manejo inadecuado de las pulsiones agresivas, y la psicoterapia debe centrarse en una interpretación temprana tanto de la agresión como de la Transferencia (positiva y negativa).

En relación con Fairbairn coincide en la importancia que otorga a la madre real para el desarrollo de los Trastornos de la Personalidad, mientras que existe entre ellos una divergencia en el papel etiopatogénico de la agresión.

Finalmente hay que nombrar a Jacobson, precursora de Kernberg en la integración de la Teoría de las Relaciones Objetales y la Psicología del Yo, y a Mahler, en quien Kernberg se apoya para rechazar la hipótesis kleiniana de una estructuración compleja muy temprana del psiquismo.

2.2. CONCEPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA

Otto Kernberg integra en su teorización conceptos propios de la “Teoría de Relaciones Objetales” y de la “Psicología del yo”, dando especial énfasis al conflicto, la agresión y las relaciones de objeto internalizadas.

La técnica que desarrolla se caracteriza por el establecimiento de una estructura fundamental que tiene unos

límites determinados: el contrato terapéutico. El estilo del terapeuta se basa en la confrontación y en la interpretación muy temprana de la transferencia centrándose en el “aquí y ahora”, así como en la exploración continua de la contratransferencia, a la que otorga una utilidad diagnóstica y terapéutica.

2.3. CONSIDERACIONES FINALES SOBRE LA OBRA Y PERFIL DE OTTO KERNBERG

Podemos considerar que este autor tiene por tanto una visión esencialmente terapéutica del Psicoanálisis, según la cual existe una realidad psíquica alcanzable a través de esta técnica, con ausencia de relativismo.

El Psicoanálisis según Kernberg es una ciencia, y puede y debe ser enseñado como tal. El avance en el conocimiento psicoanalítico se produce a partir de confirmaciones y refutaciones de hipótesis, de manera análoga a otras ciencias, que también aportan datos que apoyan o refutan hipótesis psicoanalíticas. La integración entre distintos conocimientos es de este modo posible y deseable.

3. PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA (TRANSFERENCE FOCUSED PSYCHOTHERAPY -TFP-). ELEMENTOS FUNDAMENTALES

La TFP se aplica a pacientes con una organización borderline de la personalidad, y enfatiza especialmente el papel del conflicto, la agresión y las relaciones de objeto internalizadas.

Se caracteriza por los siguientes aspectos técnicos, propios de la técnica psicoanalítica de Kernberg:

- Establecimiento de una estructura fundamental que tiene unos límites determinados: el contrato terapéutico.
- Estilo confrontacional.
- Interpretación muy temprana de la transferencia centrándose en “el aquí y ahora”.
- Exploración continua de la contratransferencia; uso diagnóstico y terapéutico.

El objetivo de la TFP se persigue mediante una estrategia fundamental: la estimulación de la integración de objetos parciales escindidos. Para ello el terapeuta utilizará distintas tácticas que se exponen a continuación (i.e.: protección del marco terapéutico, neutralidad terapéuti-

ca, exploración de mecanismos de defensa primitivos y análisis de la contratransferencia). Las técnicas principales utilizadas en las sesiones son la clarificación, la confrontación y la interpretación.

Se han publicado una serie de estudios que demuestran empíricamente la utilidad terapéutica de la TFP:

- Clarkin y colaboradores (2001): TFP en observacional pre-post, en el que se demostró la reducción en la severidad de las autolesiones y en el número de hospitalizaciones en los pacientes del grupo de TFP.
- Clarkin y colaboradores (2007): Se compara la TFP con la DBT y la Terapia de Apoyo en una muestra de pacientes con TLP asignados al azar. La TFP genera mejores resultados en seis de los dominios examinados. DBT y Apoyo dieron lugar a menos cambios.
- Doering y colaboradores (2010): TFP se muestra más eficaz que terapia realizada por psicoterapeutas expertos de la comunidad en cuanto a clínica borderline, funcionamiento psicosocial y organización de personalidad.

3.1. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: DIAGNÓSTICO

La etiología de los Trastornos de la Personalidad ha sido ampliamente estudiada, y se atribuye a factores biológicos/genéticos en interacción con factores ambientales, es decir, las experiencias tempranas en el desarrollo. Existiría por tanto una vulnerabilidad genética en relación al sistema neurotransmisor cerebral, que desencadenaría una afectividad anormal con un mayor componente de agresividad. A su vez se otorga una importancia fundamental a la relación de objeto temprana, con existencia de antecedentes de trastornos tempranos del vínculo, trauma o patología mental en la familia.

Los criterios diagnósticos para los **TP de Cluster B** del DSM-IV, que se han mantenido básicamente en la DSM-5, incluyen las siguientes características (Asociación Americana de Psiquiatría 2013):

- Presencia de trastorno de la identidad.
- Esfuerzos para evitar el abandono.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Relaciones inestables.
- Inestabilidad Afectiva.
- Impulsividad.
- Comportamiento suicida recurrente.
- Ideación paranoide transitoria.

El diagnóstico categorial propio de la clasificación DSM presenta una serie de limitaciones. El eje II se define como una mezcla de síntomas, actitudes, comportamientos o rasgos sin una teoría bien definida, creando una clasificación heterogénea en la que se ignora el significado profundo del comportamiento o síntoma presentado así como el concepto de funcionamiento mental subyacente. Además excluye importantes áreas de la vida, como la sexualidad, la intimidad o la calidad de las relaciones de objeto. Debido a la realización del diagnóstico a partir de una agrupación de síntomas aparece una alta tasa de comorbilidades. La clasificación DSM-IV / DSM-5 no es empleada por todos los clínicos que trabajan con pacientes con Trastorno de la Personalidad porque resulta en sí misma insuficiente para la planificación de su abordaje terapéutico.

En contraposición al diagnóstico categorial se encuentra el diagnóstico basado en la organización o estructura mental del sujeto, es decir, en su constitución psíquica. La **estructura/organización** es el concepto que agrupa los elementos básicos del mundo interno y el entramado relacional que les vincula, influyendo poderosamente en las relaciones que el sujeto establece consigo mismo y con las personas de su entorno, así como en su manera particular de afrontar las situaciones vitales. Se compone de los siguientes elementos:

- Pulsión libidinal.
- Pulsión agresiva.
- Mundo objetal internalizado, que incluye la representación del Self, la representación del objeto y el afecto que vincula ambas representaciones.

3.2. ENTREVISTAS DE EVALUACIÓN: LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

La **entrevista estructural** es una herramienta que permite la exploración del mundo interno y subjetivo del paciente, así como la evaluación clínica de su estructura/organización subyacente. Weinryb, en Suecia, desarrolló un instrumento de evaluación basado en ella, llamado Karolinska Assessment Personality Profile o KAPP (Weinryb y Rössel, 1991).

Sigue un esquema circular, iniciándose con tres preguntas comunes basadas en el aquí y ahora y posteriormente, a partir del relato del paciente, permite profundizar y explorar la existencia de trastornos orgánicos, ideación psicótica, clínica neurótica y patología de la personalidad.

Las preguntas iniciales son:

- ¿Qué le ha motivado a empezar la terapia?
- ¿Cuáles son los problemas/dificultades fundamentales que Ud. Tiene? ¿Cuál es el origen de estos problemas según su punto de vista?
- ¿Qué espera del tratamiento?

En comparación al Examen del Estado Mental (EEM), la Entrevista Estructural es más larga, requiere más experiencia del terapeuta en su realización, estimula menos las defensas y facilita la aparición de procesos transferenciales tempranos.

Los aspectos clave a evaluar en pacientes con organización límite de la personalidad son tres:

1. Los mecanismos de defensa predominantes. Hay que valorar si el paciente utiliza con frecuencia mecanismos de defensa primitivos, como la proyección, negación, escisión o identificación proyectiva. El nivel patológico no radica en su utilización en determinadas situaciones, sino en la frecuencia e intensidad con la que aparecen. En los pacientes con TLP tomará especial relevancia el papel de la escisión.
2. El juicio de realidad y la presencia de distorsiones en la percepción de la realidad. Los pacientes mantienen el contacto con la realidad, pero en situaciones puntuales y afectivamente muy intensas pueden llegar a perderlo, dando lugar a la aparición de síntomas psicóticos. Hay que evaluar también distorsiones más sutiles en la evaluación de las situaciones de la vida real del paciente. Por otro lado, de forma excepcional puede ocurrir lo que Kernberg define como “psicosis de transferencia”: la aparición de contenidos psicóticos ante la propia intensidad transferencial, en el contexto de la terapia y circunscritos a la relación terapéutica.
3. La identidad y la presencia de difusión de identidad. Es necesario evaluar elementos como la identidad propia y la representación de los otros, el investimento en el trabajo y el tiempo libre. En las personas con TLP el uso masivo de mecanismos de defensa arcaicos genera una incapacidad para representar al Self y al otro de forma integrada, es decir, favorece la aparición una identidad escindida, que no permite la representación simultánea de aspectos positivos y negativos. Las descripciones expresadas por estos pacientes en relación a sí mismos o del otro son frecuentemente pobres, planas, unilaterales y con ausencia de matices.

El estilo relacional o de apego se evalúa a partir de la información sobre la relación de objeto del paciente: las relaciones de amistad, en el ámbito de trabajo o escuela, las relaciones íntimas y la sexualidad. El paciente exhibe un modelo interno relacional típicamente observado de forma reiterativa en sus vínculos.

Finalmente deben analizarse los valores morales subyacentes a su conducta, la presencia de empatía y sentimientos de culpa y el componente de agresividad hacia sí mismo (el autocuidado, presencia de autolesiones, conductas de riesgo o intentos autolíticos) y hacia el entorno (ira, odio, presencia o ausencia de remordimientos, conductas sexuales de riesgo, presencia de rasgos de sadismo).

El diagnóstico de organización límite de la personalidad que se deriva de la entrevista estructural incluye la gran mayoría de pacientes diagnosticados como Trastornos de Personalidad de Cluster B en el DSM-5, es decir, los TP histriónicos, narcisistas, antisociales y límites. Por tanto es un concepto más amplio que el trastorno límite propiamente definido en el DSM-5, y tiene los siguientes criterios clínicos:

- Utilización de mecanismos defensivos arcaicos con alta frecuencia e intensidad, con gran presencia de la escisión.
- Representación del *self* escindida y con difusión de identidad.
- Juicio de realidad preservado.

Estas características propias del mundo interno del sujeto tienen distintas implicaciones en su vida real, dando lugar a una fragilidad del yo inespecífica con baja tolerancia a la ansiedad y escaso control de impulsos, falta de compromiso en el trabajo y en las relaciones, patología de la esfera sexual y del “superyó” y distorsión en la relación de objeto.

Dentro de estos aspectos existe una serie de criterios de mal pronóstico e incluso de exclusión de la TFP:

- Agresividad generalizada.
- Rasgos antisociales de la personalidad. El trastorno antisocial de la personalidad se encuentra en el momento actual fuera del alcance de la TFP y en general de todas las terapias.
- Inteligencia por debajo de la normalidad.
- Situaciones en las que la terapia tiene un claro beneficio secundario.
- Dificultades muy graves en las relaciones interpersonales, que se presentan intensamente restringidas, an-

ticipando grandes dificultades a la hora de establecer la relación terapéutica.

- Ausencia de relaciones de pareja.
- Ausencia de trabajo.
- Reacción terapéutica negativa.

3.3. TEORÍA SUBYACENTE A LA TFP: DÍADAS OBJETALES RELACIONALES

Según la teoría formulada por Kernberg, a lo largo del desarrollo los vínculos objetivos fundamentales del niño dejan una “huella” en su psiquismo, formada no sólo por imágenes internalizadas del otro, sino por representaciones del objeto en relación con su propio *Self*. El niño internaliza una memoria de sí mismo en relación con el otro, integrando estas experiencias junto con los afectos positivos y negativos. Las experiencias negativas adquieren un mayor peso que las positivas, y quedan unidas a la carga constitucional agresiva, disociándose de las experiencias positivas y dando lugar a la fijación.

En el psiquismo, por tanto, no queda integrada la imagen de uno mismo y la del otro por separado, sino el propio vínculo. La huella estaría formada por el yo en relación con el objeto y el objeto en relación con el yo, y por el afecto que vincula ambas representaciones, concepto que Kernberg denomina **díada objetal relacional**. Esta formulación se encuentra muy cercana a planteamientos neurobiológicos contemporáneos que explican cómo la construcción del *Self* y de la conciencia se relaciona estrechamente con la aparición del objeto y las modificaciones que la presencia del objeto genera en el cerebro.

Las díadas objetales relacionales están formadas por tres elementos: el objeto, el *Self* y el afecto fundamental que los vincula.

YO <-----> **OTROS**
Afecto

Algunos ejemplos de díadas objetales relacionales pueden ser los siguientes:

- Otro sometedor – *Self* dócil, sometido -> afecto: miedo.
- Otro ideal – *Self* dependiente, infantil -> afecto: amor.
- Otro fuerte – *Self* débil -> afecto: ira.

Estas personas presentan grandes dificultades en las relaciones, pero según su nivel de gravedad esta proble-

mática podrá abarcar todo su mundo relacional o bien únicamente aparecer en situaciones de mayor intimidad.

Algunos de ellos no son capaces de tener relaciones de amistad porque tienden a su destrucción, no pueden tener una pareja, y en los trabajos se encuentran con grandes dificultades con los compañeros, con sus superiores, etc. En cambio, otros pacientes podrán mantener un trabajo y relaciones de amistad más o menos superficiales a lo largo del tiempo, presentando mayores capacidades sociales cuando existe una cierta distancia relacional; sin embargo en el contexto de una pareja, de amigos más íntimos o de la propia familia presentarán grandes dificultades derivadas de las díadas objetales relacionales predominantes en su desarrollo.

Las características fundamentales de estas díadas se pueden resumir en las que se exponen a continuación:

- **Tendencia a la repetición:** a lo largo del desarrollo se genera una disposición vincular determinada, de manera que la relación experimentada previamente influye en el modo de establecer nuevas relaciones y en la forma de vinculación que se establece. El individuo “espera” una actuación del nuevo objeto similar a las que ha vivido con anterioridad, y él mismo tiende a comportarse en consonancia, activando el modo de relación previamente aprendido y su afecto predominante.
- **Oscilación:** el objeto y el *Self* pueden intercambiar sus posiciones, creando una situación en espejo. Por ejemplo, una paciente con TLP puede interpretar un retraso o un cambio de cita como una muestra de desinterés y desprecio del terapeuta hacia ella, y colocarse en la posición de víctima, situando a su vez al terapeuta en la posición de verdugo. En una sesión posterior puede en cambio expresar su desagrado por la terapia, su sensación de que debería en realidad plantearse otro tratamiento, así como la impresión de que el terapeuta no sabe cómo ayudarla y la está engañando, colocándole por tanto en el papel de víctima y quedando ella misma en posición contraria.
- **La posibilidad de que unas díadas ejerzan un papel defensivo frente a otras** que resultan insoportables. A veces una situación que se está viviendo genera la posibilidad de experimentar una díada objetal relacional ideal, algo que el paciente siente que no le corresponde y despierta intensa angustia. La solución es refugiarse en una díada objetal relacional terrible pero

bien conocida. Ante una díada objetal relacional ideal que genera una angustia insoportable, se construye otra díada como defensa.

A nivel terapéutico estos elementos son fundamentales y aparecerán de forma continua en las sesiones, siendo necesario identificar cuál es la díada objetal relacional en ese momento, cuál es el *Self* activado del paciente en ese vínculo afectivo y en qué posición coloca al terapeuta.

En cualquier psicoterapia y en especial en la TFP, que promueve la transferencia, el paciente se relaciona con el terapeuta de la misma manera que con sus objetos. El foco de trabajo se establece justamente a partir de la expresión en la relación terapéutica de la díada objetal relacional fundamental del paciente: a partir de la transferencia.

3.4. ESTRATEGIAS, TÉCNICAS Y TÁCTICAS DE LA TFP

1. ESTRATEGIAS

Las estrategias se refieren a la forma de conseguir los objetivos del tratamiento. La estrategia fundamental es incrementar la integración, es decir, la capacidad de construcción de representaciones internalizadas del objeto y del *Self* heterogeneas, constituidas por aspectos positivos y negativos, incluso con personas afectivamente significativas y en momentos de alta intensidad emocional.

Se dividen en cuatro estrategias principales:

1. *Definir la relación de objeto dominante:*

Paso 1: Experimentar y tolerar la confusión del mundo interno del paciente así como la que aparece en la transferencia.

Paso 2: Identificar la relación de objeto dominante.

Paso 3: Nombrar los “actores”.

Paso 4: Atender a las reacciones del paciente.

2. *Observar e interpretar el cambio de rol del paciente.*

3. *Observar e interpretar conexiones entre las díadas objetales relacionales que defienden al sujeto de otras, manteniendo así el conflicto y la fragmentación.*

4. *Integración de la representación del self y del objeto.*

2. TÉCNICAS

Las técnicas utilizadas durante las sesiones son:

- **Señalamiento, clarificación, confrontación e interpretación.** El “señalamiento” y la “clarificación” con-

sisten en construir el relato del paciente de forma precisa y sin ambigüedades. La “confrontación” se basa en presentar los aspectos contradictorios del material, y se convierte en fundamental en pacientes que usan constantemente la escisión, por lo cual tienen grandes dificultades para percibir simultáneamente aspectos contradictorios de su realidad. La “interpretación” consiste en comunicar al paciente una hipótesis sobre su funcionamiento mental. La mayoría de interpretaciones en este modelo son transferenciales, es decir, se devuelve e interpreta aquello que el paciente está colocando en el terapeuta y que no le pertenece, pero no se busca sustituir esa idea por otra más cierta y realista. En esta técnica, el terapeuta evita siempre aportar información de su propia realidad al paciente, para limitar en lo posible las intervenciones de apoyo y no reducir la intensidad de la transferencia.

- **Análisis de la transferencia:** análisis sistemático de las distorsiones en la relación terapéutica.
- **Manejar la neutralidad técnica.** El terapeuta debe evitar aliarse con las fuerzas envueltas en los conflictos del paciente (la parte del paciente que tiende a la expresión de instintos vs la parte que tiende a su inhibición). La neutralidad significa mantener la posición de un observador en relación con el paciente y sus dificultades. La neutralidad permite redirigir los conflictos del paciente en la terapia, diagnosticar relaciones de objeto internas en cualquier momento y fortalecer el “yo observador” del paciente. Las interpretaciones desde la posición de neutralidad facilitan la integración de representaciones de objeto internas escindidas.

La desviación de la neutralidad puede estar indicada en determinadas situaciones:

- Amenaza de la seguridad del paciente.
- Amenaza de la seguridad de los otros.
- Amenaza de la continuidad del tratamiento.
- Fracaso de la confrontación e interpretación en la contención del *acting out*.

El terapeuta tiene que reconocer las desviaciones de la neutralidad técnica, explicarlas y explorar el significado que atribuye el paciente a las acciones del terapeuta. Se hace necesaria la confrontación e interpretación del conflicto externalizado y su vinculación con la transferencia.

- **Utilizar la contratransferencia.** La contratransferencia se ha definido de las siguientes maneras:
 - La reacción emocional global del terapeuta hacia el paciente (contratransferencia en sentido amplio).
 - La transferencia del terapeuta hacia el paciente (punto de vista clásico, “centrado en el terapeuta”).
 - La reacción del terapeuta a la transferencia del paciente (punto de vista kleiniano, “centrado en el paciente”).

La evolución de la consideración de la contratransferencia ha cambiado mucho a lo largo de la historia del psicoanálisis. Se puede resumir en tres etapas. En una primera etapa Freud la considera como un error, como un fenómeno que idealmente tiene que evitarse. El terapeuta ideal es aquel que no siente nada por el paciente, que es capaz de mantener una actitud completamente neutral. En una segunda etapa, en los años 40, autores como Paula Heimann empiezan a plantear que los sentimientos hacia el paciente son inevitables, y que la neutralidad total es completamente imposible.

Finalmente Kernberg considera que la contratransferencia no sólo es inevitable, sino que es una herramienta de gran utilidad para el terapeuta: los sentimientos hacia el paciente ayudan a comprender su funcionamiento y su estructura, es decir, su constitución interna y la posición en la que se coloca y coloca al terapeuta, y por otro lado es una información muy valiosa que puede ayudar a guiar las intervenciones del terapeuta.

El terapeuta puede identificarse con el paciente de forma concordante (se identifica con la experiencia del yo del paciente) o complementaria (identificación con los objetos internos y externos del paciente).

El paciente con TLP expresa mediante actos lo que no puede expresar con palabras. Los temas afectivos dominantes y las relaciones de objeto son expresadas induciendo en el terapeuta sentimientos y pensamientos. La contratransferencia puede afectar la capacidad del terapeuta para entender el mundo interno del paciente y para comunicarse eficazmente con él, debido a que se desarrolla rápidamente, de forma muy intensa, es inestable y confusa, y lleva a la actuación.

Para clarificar cómo el paciente experimenta al terapeuta en la transferencia este último tiene que preguntarse: “¿Cómo me estoy sintiendo?”

Al mismo tiempo, la contratransferencia es una fuente de información fundamental sobre el mundo interno del paciente y sobre las relaciones de objeto activadas en la transferencia, convirtiéndose en el “tercer canal de comunicación” en las sesiones.

3. TÁCTICAS

Las tácticas son los objetivos de cada sesión en concreto, y se definen en:

- Establecer el contrato terapéutico, mantener el encuadre y eliminar el beneficio secundario de la enfermedad.
- Mantener los límites del tratamiento y controlar el *acting out*.
- Seleccionar el foco terapéutico monitorizando el tercer canal de comunicación, es decir, la contratransferencia.
- Atender a las prioridades del tratamiento.
- Mantener la percepción de la realidad.
- Analizar la transferencia positiva, negativa y las defensas primitivas.
- Regular la intensidad de los afectos.

3.5. EL CONTRATO TERAPÉUTICO

En el momento de inicio de la terapia Kernberg propone el establecimiento de un contrato terapéutico, muy detallado, aunque siempre verbal.

En todas las terapias existe un contrato pormenorizado en el que se describen las condiciones de la terapia: el tiempo de las sesiones, su contenido, las posibilidades de contacto fuera de las sesiones, el precio establecido, la duración del tratamiento, etc. En la TFP se establece como mínimo un tiempo de duración de un año y medio, con dos sesiones semanales y en un modelo de sesión cara a cara. La utilización del diván se descarta por el hecho de que favorece la escisión al mismo tiempo que aumenta la transferencia, de manera que lleva a una situación de intensificación de las diadas objetales por sí mismas muy complicadas del paciente, que se convierten en difícilmente manejables.

Los pacientes a menudo han recibido muchos tratamientos distintos. Es fundamental realizar una “historia de los tratamientos anteriores”, es decir, preguntar por los motivos por los que los tratamientos previos han fracasado y averiguar qué ha producido el abandono de una determinada terapia o de un determinado terapeuta. Esto conlleva

una lección de humildad terapéutica, de aceptación de la realidad de las dificultades relacionales del paciente y por lo tanto de la probabilidad de que dichas dificultades se repitan durante la TFP. A la vez permite anticipar y prevenir esta situación, exponiendo de forma precisa lo que es aceptable y lo que no lo es en el contexto terapéutico.

El contrato será un elemento clave a la hora de gestionar tanto las amenazas al tratamiento como las rupturas de los límites acordados. En ocasiones habremos de recordar al pacientes que las condiciones que se establecieron al comienzo son las mínimas que permiten el trabajo y el avance y que fuera de ellas la terapia no es posible. No se trata de castigar al paciente por algo que forma parte de su propia patología, sino de establecer una serie de condiciones con él, si es necesario a lo largo de varias sesiones, y reconocer que más allá de ellas el trabajo no es factible ni útil y debe interrumpirse. Es habitual discutir con el paciente en detalle antes de empezar cómo van a manejarse las amenazas suicidas. En general se plantean una serie de instrucciones que buscan propiciar la seguridad de paciente y terapeuta y eliminar la ventaja secundaria de una tentativa suicida. Si en un momento dado el paciente se niega a seguir esta pauta acordada, haremos lo necesario para proteger su vida, tomando las medidas oportunas que pueden incluir el aviso a emergencias, o incluso la hospitalización, pero señalaremos también la imposibilidad de mantener la terapia en marcha en esas condiciones.

El contrato terapéutico se establece con objetivo de:

- Definir las responsabilidades del paciente y del terapeuta.
- Proteger la capacidad del terapeuta para pensar y reflexionar.
- Proporcionar un espacio seguro para el desarrollo de la dinámica del paciente.
- Posibilitar la interpretación del sentido de las desviaciones del contrato que ocurren durante tratamiento.
- Proporcionar un encuadre terapéutico que permita que la terapia se convierta en la base de la vida paciente.

Se considera que las responsabilidades del paciente son la asistencia y participación, abonar los honorarios (si los hubiere) e informar sobre sentimientos y pensamientos sin censura.

Por parte del terapeuta, las responsabilidades que asume son atender al programa terapéutico, esforzarse en

entender y contener al paciente y clarificar los límites de su actuación.

Finalmente, el contrato permite predecir las amenazas al tratamiento, como pueden ser las siguientes:

- Suicidio y conductas autodestructivas.
- Impulsos o acciones homicidas.
- Mentir u ocultar información.
- Abuso de sustancias.
- Trastornos de la alimentación.
- Baja asistencia a la terapia.
- Llamadas telefónicas excesivas o tratar de entrometerse en la vida del terapeuta.
- No abonar los honorarios.
- Problemas fuera de la sesión que interfieren en el tratamiento.
- Estilo pasivo de vida y beneficio secundario de la enfermedad, que conlleva el fracaso del esfuerzo terapéutico.

3.6. LAS SESIONES: LOS TRES CANALES DE COMUNICACIÓN

Una vez terminadas las entrevistas iniciales de evaluación y establecido el contrato, empiezan las sesiones propias de la TFP, que siguen el esquema típico de las sesiones de terapia psicoanalítica: sesiones no estructuradas en las que se estimula la asociación libre.

El paciente aporta el material que se tratará durante la sesión, que consiste en sus pensamientos o sentimientos en ese momento; aquello que le preocupa o de lo que desea hablar.

Las fuentes de información para el terapeuta son los tres canales de comunicación:

- Verbal: el discurso del paciente, la narrativa de lo que está contando.
- No-verbal: su forma de relatar el discurso y su gestualidad.
- La contratransferencia, los sentimientos que despierta el paciente en el terapeuta. Como ya se ha remarcado los pacientes con organización límite de la personalidad generan respuestas contratransferenciales muy intensas, y su paso por distintos tratamientos puede explicarse también por las reacciones de rechazo o de alto contenido emocional que despiertan en el terapeuta.

La intervención terapéutica se construye a partir de estas tres fuentes, obligando al terapeuta a adoptar una ac-

titud de cierta vigilancia durante las sesiones. El paciente despertará movimientos y emociones, pero es fundamental anticipar en qué dirección se producirán estos movimientos.

La contratransferencia en este modelo es una herramienta que el terapeuta explora en profundidad y utiliza como fuente de información sobre sí mismo y sobre el paciente, pero su contenido no se revela nunca al paciente. Es útil tanto para completar el diagnóstico del caso al proporcionarnos una información muy valiosa, vía la identificación concordante o complementaria) como para ayudarnos a afinar nuestras interpretaciones.

Para poder realizar una correcta distinción de lo que es propio y lo que pertenece al otro, es decir, un buen análisis de la contratransferencia, para el terapeuta puede ser muy útil la terapia personal.

3.7. ELEGIR MATERIAL A TRABAJAR

Para escoger el foco de las sesiones se tienen en cuenta tres principios:

- Principio Económico: establece que la atención e intervención terapéutica se centra en aquellos contenidos más cargados afectivamente.
- Principio Dinámico: considera las fuerzas en conflicto en el mundo interno del paciente, y cómo están representadas en Díadas Objetales Relacionales. En segundo lugar determina la secuencia de interpretación desde la superficie hacia la profundidad; desde la defensa hacia la motivación y finalmente hacia el impulso subyacente.
- Principio Estructural: presenta el conjunto de las relaciones entre las distintas Díadas Objetales Relacionales, y focaliza en la interpretación de aspectos estructurales implicados en las defensas y en el impulso originario. Permite dilucidar qué Díada Objetal Relacional defiende frente a otras díadas.

Se establece una jerarquía de temas prioritarios a trabajar en cada sesión, que se encuentran en relación a los obstáculos frente a la exploración de la transferencia:

1. Suicidio o amenazas suicidas.
2. Amenazas a la terapia y su continuidad (dificultades económicas, dejar ciudad, pedir disminución sesiones).
3. Incumplimientos del contrato terapéutico (por ejemplo negarse a la toma de medicación).

4. *Acting out* durante la sesión (por ejemplo gritar o negarse a abandonar el despacho tras la sesión).
5. *Acting out* fuera de la sesión.
6. Hablar de temas insignificantes o evitar hablar de temas cargados afectivamente.

A continuación se prioriza el abordaje de las manifestaciones de la transferencia, es decir, de los contenidos que se centran en la relación terapéutica:

- Referencias verbales dirigidas al terapeuta.
- Referencias no-verbales hacia el terapeuta (por ejemplo adoptar una actitud seductora).
- Transferencia referida al terapeuta de forma indirecta (p.ej.: referencia otros doctores, figuras de autoridad).
- La forma de ser del paciente con el terapeuta.
- Finalmente se da prioridad a todos aquellos contenidos cargados afectivamente que se refieren a algo externo a la relación terapéutica (p.ej.: la relación de pareja).

3.8. INDICACIONES DE INTEGRACIÓN Y CAMBIO ESTRUCTURAL

A medida que avanzan las sesiones hay una serie de características en la relación terapéutica que nos indican una adquisición de capacidades de integración en el paciente, y un progresivo cambio estructural:

- Los comentarios del paciente indican una mayor capacidad de reflexión y exploración en relación a las intervenciones del terapeuta.
- El paciente acepta las interpretaciones de su uso de mecanismos de defensa primitivos.
- El paciente puede contener y tolerar su odio.
- El paciente puede tolerar sus fantasías y el desarrollo del espacio transicional.
- Se aborda la problemática del “*self* grandioso patológico”.
- Se objetiva una evolución de la transferencia predominante.
- El paciente puede experimentar la culpa y entrar en una posición depresiva.

3.9. ¿CUÁLES SON LOS MECANISMOS DEL CAMBIO?

Según Kernberg el terapeuta “tiene que ser muy impaciente en cada sesión y muy paciente en el tratamiento”, tratando de aprovechar al máximo los 45-50 minutos de

duración de la sesión pero admitiendo que el progreso es lento y costoso. El objetivo fundamental de la terapia es la creación de una relación terapéutica que permita explorar y cambiar el funcionamiento mental e interpersonal del paciente, de forma que pueda llegar a establecer relaciones sanas con las personas de su entorno.

Los mecanismos del cambio, por tanto, son psicodinámicos e incluyen una adquisición progresiva de un concepto integrado del *Self* y del otro, así como una mayor integración de los afectos previamente disociados y con un incremento de la capacidad de empatía hacia uno mismo y hacia los demás, que se manifiesta en el desarrollo progresivo de relaciones más profundas.

4. CONCLUSIONES

Como conclusión final podemos señalar que la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia es una herramienta poderosa para la intervención en pacientes con una Organización Limítrofe de la Personalidad, que ha dado evidencias de eficacia y que puede ser empleada en contextos sanitarios muy diferentes, incluyendo los sistemas públicos. Requiere una formación exigente pero posible y supone además una actividad terapéutica apasionante para el clínico al propiciar la exploración tanto del psiquismo del paciente como de las propias respuestas emocionales, con el objetivo de alcanzar *una mayor integración de su mundo interno y en consecuencia de su propia identidad y sus relaciones interpersonales*.

5. LECTURAS RECOMENDADAS

- Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF and Levy KN. Transference Focused Psychotherapy. Overview and update. *Int J Psychoanal.* 2008;89:601–620. *Artículo introductorio a la TFP que expone muy claramente los conceptos básicos del modelo. Buen punto de partida para acercarse al tema.*
- Clarkin JF, Kernberg OF, Yeomans FE. Transference Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. A clinical Guide. American Psychiatric Publishing. Washington DC. 2015. Nueva edición del Manual de TFP. *Se trata de una puesta al día del manual previo. Contiene abundantes ejemplos clínicos y se acompaña de material de video complementario. Es la referencia básica en TFP.*

- Diamond D, Yeomans FE, Stern B, Levy KN, Hörz S, Doering S, Fischer-Kern M, Delaney J, Clarkin JF. Transference Focused Psychotherapy for Patients with Comorbid Narcissistic and Borderline Personality Disorder. *Psychoanal. Inq.* 2013;33:527-551. *Artículo que expone desarrollos recientes de la TFP aplicada a pacientes con comorbilidad TLP y T Narcisista de la Personalidad.*

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ablon JS, Jones EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 2002;159(5):775-83.
2. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
3. Bateman AWy Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry.* 1999;156:1563-1569.
4. Bateman AWy Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry.* 2001;158:36-42.
5. Benjamin LS. Interpersonal Reconstructive Therapy: Promoting change in nonresponders. Guilford Press; New York: 2003/2006.
6. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF. *J Pers Disord.* 2001;15(6):487-95
7. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):922-8.
8. Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg OF. *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder.* American Psychiatric Publishing; 1 edition. 2015. Washington.
9. Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry.* 2010;196:389–395.

10. Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Hörz S, Zimmermann J, Rentrop M, Schuster P, Buchheim P, Buchheim A. Transference focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function. *Br J Psychiatry*. 2015;207(2):173-4.
11. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS (2011). Guía de práctica clínica sobre el trastorno límite de personalidad (GPC) [Versión resumida]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
12. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: Overview and update. *Int J Psychoanal*. 2008; 89:601-62.
13. Kendall T., Pilling S., Tyrer P., Duggan C., Burbuck R., Meader N., et al. Guideline Development Groups. Borderline and antisocial personality disorders: Summary of NICE guidance. *BMJ*. 2009;338:b93.
14. Linehan MM. Cognitive Behavioral Therapy of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.1993a.
15. LinehanMM. Skills Training Manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.1993b.
16. National Collaborating Centre for Mental Health: Borderline Personality Disorder: The NICE GUIDELINE on Treatment and Management. National Clinical Practice Guideline No. 78. British Psychological Society & Royal College of Psychiatrists, 2009.
17. National Health and Medical Research Council. Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder. Melbourne: NHMRC, 2012. http://www.nhmrc.gov.au/files_nhmrc/publications/attachments/mh25_borderline_personality_guideline.pdf
18. Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, Stone M, Phillips KA. American Psychiatric Association Practice Guidelines: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*.2001;58(Suppl):1-52.
19. Oldham JM. Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. American Psychiatric Association. March 2005 (Reprinted in *FOCUS* 2005;3:396-400)
20. Ryle, A. Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: The Model and the Method. Chichester, UK: John Wiley & Sons.1997.
21. Pichot P, Lopez-Ibor Alino JJ, Valdes MM. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, SA; 1995.
22. Weinryb RM, Rössel RJ: Karolinska Psychodynamic Profile-KAPP. *Acta Psychiatr Scand*.1991;83(-suppl363):1-23.
23. Weinryb RM, Rössel RJ, Gustavsson JP, ÅsbergM, Barber JP.The Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP): Studies of character and well-being. *Psychoanalytic Psychology*. 1997;14(4),495.
24. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford; New York: 2006.

cibersam

Centro de Investigación Biomédica en Red
Salud Mental



UNIÓN EUROPEA

Fondos Europeo de Desarrollo Regional

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN
EN PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD



ISIII Instituto de Investigación
Sanitaria Valdecilla

