

# *Trastorno límite (borderline) de la personalidad.*

## *Psicoterapia focalizada en la transferencia*

### Autora

**Luisa Pérez**

Médico Psiquiatra. Psicoanalista.

Correspondencia:

luisaperez1@gmail.com

### Introducción

Para la Psiquiatría, el trastorno límite de la personalidad (TLP) designa un tipo de trastornos de la personalidad que presenta como características comunes la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, acompañadas de una gran impulsividad. Para el diagnóstico se utiliza la clasificación descriptiva del DSM-IV TR<sup>1</sup> basada en síntomas y comportamientos. El TLP forma parte del Grupo B de los Trastornos de la Personalidad (dramáticos, emotivos e inestables), junto con los trastornos histriónico, narcisista y antisocial de la personalidad.

A partir de 1967 O. Kernberg<sup>2</sup> desarrolla, desde el punto de vista dinámico, la conceptualización del síndrome que denominó organización límite de la personalidad (OLP), caracterizado por tres elementos: la difusión de identidad, el predominio de mecanismos de defensa primitivos y una prueba de realidad conservada aunque con ciertos aspectos finos reducidos, en particular, en situaciones de estrés. Los dos primeros aspectos distinguen este tipo de organización de la estructura neurótica de la personalidad y la prueba de realidad conservada la diferencia de la organización de tipo psicótico.

Esta conceptualización ha resultado clínicamente útil, ya que describe un rango de funcionamiento psicológico que abarca varios de los trastornos de la personalidad descritos en el DSM-IV TR como diagnósticos independientes (narcisista, histriónico, antisocial, paranoide, esquizoide, límite).

Basado en la teoría de las relaciones objetivas de la psicología del Yo, O. Kernberg<sup>3, 4</sup> diseñó y desarrolló un método de tratamiento psicodinámico que denominó psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT)<sup>5-7</sup>.

En estudios de investigación controlados<sup>8, 9</sup>, la PFT ha demostrado su utilidad en este tipo de pacientes, mejorando la integración de la concepción del self y de los otros, reduciendo la difusión de identidad y disminuyendo la impulsividad.

Me referiré a la organización límite de la personalidad tal como la define Kernberg, a la teoría de las relaciones de objeto, fundamento teórico de la psicoterapia focalizada en la transferencia y de esta abordaré sus lineamientos técnicos generales y sus resultados.

### Organización límite de la personalidad

A diferencia del DSM-IV TR que constituye una clasificación descriptiva y categorial de los trastornos de la personalidad, el concepto de organización límite de la personalidad describe un rango de funcionamiento psicológico que incluye tanto los TLP como los trastornos de personalidad de tipo esquizoide, esquizotípico, paranoide, histriónico, narcisista, antisocial y dependiente, así como algunos que no están descritos en el DSM-IV TR, pero que han sido descritos tradicionalmente dentro del psicoanálisis, como los trastornos sadomasoquista, hipocondríaco y el síndrome de narcisismo maligno.

Kernberg<sup>3</sup> propuso una clasificación basada en criterios psicoestructurales, colocando en el grado más alto la organización neurótica de la personalidad (personalidades histérica, obsesivo-compulsiva y depresivo-masoquista), un grado intermedio (personalidades narcisistas de mejor funcionamiento, algunas personalidades infantiles y pasivo-agresivas) y un grado inferior u organización límite de la personalidad.

Para determinar el nivel de organización de la personalidad de un individuo, Kernberg<sup>4</sup> plantea la evaluación de tres áreas: la integración/difusión de la identidad, el tipo de mecanismos de defensa predominantes habitualmente y la naturaleza de la prueba de realidad.

La conceptualización de la OLP establece un núcleo común a este tipo de trastornos de la personalidad que permite un abordaje terapéutico efectivo mediante la PFT. Este núcleo está constituido por la difusión de identidad, el franco predominio de mecanismos de defensa primitivos y una prueba de realidad conservada que puede perderse de manera transitoria, en particular, en situaciones de estrés.

La difusión de identidad corresponde a una estructura psicológica que se caracteriza por la fragmentación de las representaciones del self\* y de los objetos\*\* que son internalizadas en el curso del desarrollo del individuo. Las personas con una difusión de identidad pueden sentir como una falta de sustancia o de centro y enfrentan la vida sin creencias, valores y objetivos claros; aquello que es importante para ellos está fuertemente determinado por el contexto en el cual se encuentran en cada momento de la vida.

El concepto de mecanismos de defensa se refiere a las formas en que el sujeto intenta controlar o protegerse de la angustia que le generan la presión de los instintos y los afectos internos, las prohibiciones internalizadas en contra de estos y los límites que impone la realidad exterior. Los mecanismos de defensa primitivos se originan en la temprana infancia como un primer esfuerzo para protegerse de la ansiedad generada por el conflicto entre las pulsiones libidinales y agresivas. Esto se lleva a cabo mediante la *escisión* que implica una separación radical de los afectos de amor y de odio, así como de los objetos en buenos y malos. Este mecanismo protege una parte buena/idealizada del psiquismo o del mundo interno del sujeto de otra parte agresiva/persecutoria del mismo; esto tiene como consecuencia una mala integración de las representaciones psíquicas, lo cual a su vez influye en la percepción del mundo exterior que es vivido en términos categóricos: o bueno o malo.

Estas categorías pueden transformarse en otra dependiendo de las circunstancias inmediatas, contribuyendo a la naturaleza caótica de la experiencia de los sujetos con una OLP.

Otros mecanismos de defensa primitivos incluyen la identificación proyectiva, la omnipotencia, idealización y desvalorización, así como la negación primitiva.

La prueba de realidad comprende tres elementos: la capacidad de diferenciar el self del no-self; la capacidad de diferenciar aquello que es de origen intrapsíquico de lo que proviene de la percepción y de los estímulos externos y, por último, la capacidad de mantener empatía y comprensión con los criterios de realidad comunes socialmente compartidos.

En la reconceptualización de los trastornos de la personalidad recomendada para el DSM-5<sup>10</sup>, estos trastornos se definen sobre la base de fallas en el desarrollo del sentido de la identidad del self y de las relaciones interpersonales.

El trastorno límite de la personalidad sería reformulado como *tipo borderline*, destacando las siguientes características: un concepto del self extremadamente frágil que en situaciones de estrés sufre fácilmente disrupciones y fragmentaciones resultando en sentimientos crónicos de vacío y una falta de identidad; cambios rápidos, intensos e impredecibles en sus emociones; relaciones interpersonales altamente inestables basadas en la fantasía de necesitar a los demás para su supervivencia; una disregulación cognitiva que conlleva el procesamiento de la información de una forma concreta, de tipo todo/nada o blanco/negro; todo esto asociado a una gran impulsividad. Las autolesiones, la ideación suicida y los intentos de suicidio ocurren en general vinculados a momentos de intenso sufrimiento y disforia, particularmente, en el contexto de sentimientos de abandono.

## Teoría de las relaciones de objeto

La teoría de las relaciones de objeto, derivada de la teoría psicoanalítica freudiana, destaca que las pulsiones libidinales y agresivas

\* Self es la representación psíquica de sí mismo.

\*\* Objeto es la representación intrapsíquica de los otros, de las personas significativas.

descritas por Freud son experimentadas a nivel del psiquismo en relación con un otro específico, un objeto. Desde este punto de vista, las unidades básicas de la estructura psíquica están formadas por tres elementos: una representación del self, un afecto relacionado con esta representación (representando una pulsión) y una representación del otro, el objeto de la pulsión.

Estas unidades conformadas por la representación del self, el objeto y el afecto que los vincula se denominan díadas. Es importante destacar que tanto el self como el objeto en la díada corresponden a representaciones parciales del self y del otro como fueron vividas (experimentadas) en momentos específicos del desarrollo temprano del sujeto. En esta etapa temprana del desarrollo, el infante experimenta al cuidador como “dos otros” diferentes: uno nutricional, que satisface “todo bueno” y otro “todo malo” que rechaza, priva, excluye. Estas representaciones primitivas del otro corresponden a las experiencias y en general a las descripciones de los pacientes con una organización límite de la personalidad.

Las díadas de signo opuesto coexisten en el mundo interno del paciente mediante la escisión y tienen la potencialidad de determinar su conducta dependiendo del otro y del contexto. Algunos ejemplos de díadas serían: self satisfecho/objeto nutricional, afecto en juego: placer, satisfacción, amor; self abandonado/objeto rechazante, afecto en juego: miedo, ira, enojo. Estas díadas también se activan en la relación con el terapeuta.

## Psicoterapia focalizada en la transferencia

### De qué se trata

Es una psicoterapia cuyos objetivos apuntan a disminuir los síntomas, a promover un cambio a nivel del sentido de sí mismo del paciente y de los otros y en última instancia, a integrar las representaciones escindidas del self y del objeto.

Consiste en una modificación de la psicoterapia psicodinámica, con una duración de por lo

menos un año con una frecuencia bisemanal, que se apoya en el modelo de la Teoría de las relaciones de objeto. Incluye, por un lado, un particular énfasis en algunos aspectos de la teoría psicoanalítica como la transferencia como clave para la comprensión y por otro, modificaciones de la técnica para abordar los problemas específicos que plantea este tipo de pacientes.

Las principales modificaciones de la técnica incluyen, en primer lugar, el énfasis en el establecimiento de un encuadre y contrato de trabajo claros previo a cualquier labor interpretativa y la focalización en la relación entre el paciente y el terapeuta en el aquí y ahora.

El terapeuta debe centrarse en los patrones de relacionamiento que existen en el mundo interno del paciente a medida que se van desplegando en la transferencia, apoyándose más en los canales de comunicación no verbales y en la contratransferencia que en el canal verbal.

Es más activo en las intervenciones que en la psicoterapia psicodinámica clásica y debe estar preparado para experimentar y manejar niveles de afecto bastante más intensos que los que se ponen en juego en el tratamiento de los pacientes menos perturbados. Como plantean Yeomans, Clarkin y Kernberg<sup>6</sup>, con estos pacientes la terapia no es solamente una experiencia intelectual; además del conocimiento y la inteligencia, es necesaria la exposición del terapeuta al intenso mundo afectivo del paciente sin actuar en respuesta a él.

### Estrategias

Tienen que ver con los objetivos a largo plazo y se basan en que la integración de las representaciones del self y de los objetos tendrá como resultado un cambio a nivel de la personalidad.

Comprenden a su vez los lineamientos que apuntan a mantener al terapeuta enfocado en el trabajo sobre el mundo interno del paciente y consisten en:

- Definir y verbalizar las relaciones de objeto dominantes (díadas), para lo cual es necesario que el terapeuta pueda experimentar

y tolerar las proyecciones y la confusión del mundo interno del paciente a medida que se despliegan en la transferencia.

- Observar e interpretar las reversiones de rol de la diada dominante mientras ocurre en la sesión, teniendo en cuenta que el paciente lo desconoce, que en general ocurre en momentos de gran intensidad afectiva y que se expresan a través de los canales no verbales.

- Observar e interpretar las relaciones de objeto opuestas y escindidas en la mente del paciente e integrarlas en la transferencia.

- Elaborar y trabajar las experiencias afectivas más integradas que se inician en la transferencia y relacionarlas con los otros significativos para el paciente. Esto dependerá de aquello que se haya logrado en las etapas precedentes.

### Tácticas

Corresponden a las tareas que el terapeuta deberá tener en cuenta en cada sesión:

- Mantener el contrato y el encuadre, lo cual ayuda a controlar el acting out y el beneficio secundario de la enfermedad. Permite definir las responsabilidades del paciente y del terapeuta, constituyéndose en un espacio seguro donde el paciente puede desplegar su dinámica de funcionamiento. Deben ser evaluadas y quedar explicitadas aquellas situaciones que puedan constituir una amenaza para la continuidad del tratamiento (por ejemplo, conductas autodestructivas y suicidas, consumo de sustancias, amenazas al terapeuta).

- Seleccionar el foco de la intervención dentro del material presentado por el paciente en función de los siguientes conceptos generales: el material con mayor carga afectiva que pone en evidencia la relación de objeto predominante y las defensas vinculadas; los diferentes canales de comunicación (verbal, no verbal y contratransferencia del terapeuta) y jerarquizar los temas dando prioridad a aquellos que puedan constituir un obstáculo para la comprensión del funcionamiento del mundo interno del paciente o una amenaza a la continuidad del tratamiento.

- Interpretar tanto la transferencia positiva como negativa, ya que debido a la escisión de

las representaciones el paciente puede mantener fuera de la comunicación verbal ya sea los aspectos hostiles como los libidinales en juego en la relación. El terapeuta intentará lograr un balance entre la comprensión de la transferencia en el aquí y ahora y sus aspectos defensivos.

### Técnicas

Constituyen los recursos con que cuenta el terapeuta: el proceso interpretativo que comprende la clarificación, la confrontación y la interpretación en sí misma; el análisis de la transferencia dirigido al análisis de las defensas primitivas del paciente; el manejo adecuado de la neutralidad terapéutica y por último, la integración de la contratransferencia en el proceso interpretativo.

La clarificación apunta a facilitar que el paciente pueda explorar y explicar los aspectos del material que resulten confusos o vagos, permitiendo a la vez dilucidar la comprensión que el paciente tiene sobre él o la confusión que le genera.

La confrontación intenta poner en evidencia los aspectos escindidos a través de las incongruencias o contradicciones en el material. Más que una confrontación hostil, se trata de mostrar un interés genuino por conocer lo que el paciente piensa sobre estas contradicciones.

Tanto la clarificación como la confrontación son preparatorias de la interpretación, incluso pueden facilitar que el paciente haga su propia labor interpretativa.

- Interpretación de la transferencia en el aquí y ahora, desde la superficie a la profundidad: interpretar cómo las defensas primitivas permiten el “desconocimiento” de la experiencia interna; interpretar las relaciones de objeto activas en el momento describiendo las representaciones del self y del objeto y los intercambios de roles entre paciente y terapeuta y, por último, interpretar los aspectos defensivos de la relación de objeto en juego.

La neutralidad técnica, más que una actitud distante, tiene que ver con evitar tomar parte a medida que se exploran los conflictos del paciente. En circunstancias en que el terapeuta

se ve forzado a abandonar dicha neutralidad (por ejemplo, amenaza a la continuidad del tratamiento), es conveniente explorar el sentido que puede tener para el paciente haber forzado al terapeuta a actuar de esa forma.

La conciencia de la contratransferencia implica que el terapeuta debe monitorear sus reacciones frente al paciente. Si bien la contratransferencia es un elemento importante de la comunicación no verbal, plantea el problema de si las reacciones del terapeuta son provocadas por aspectos que provienen del paciente o si provienen del psiquismo del terapeuta. En este sentido la contratransferencia del terapeuta puede ser concordante (mediante identificación con la representación actual del self del paciente que aporta elementos sobre el estado subjetivo del paciente); puede ser complementaria (mediante identificación con las representaciones escindidas y proyectadas del paciente en el terapeuta, lo cual aporta elementos sobre estos aspectos); o bien puede estar vinculada a la activación de un conflicto en el psiquismo del terapeuta. El análisis personal del terapeuta y la supervisión son elementos importantes a la hora de entender y discriminar estos aspectos.

### Evolución

En los primeros meses del tratamiento con PFT se logran remisiones significativas de la impulsividad con la consiguiente disminución de los acting out tanto dentro como fuera de las sesiones, y de las conductas suicidas<sup>7, 8</sup>.

Progresivamente el paciente va haciendo consciente tanto sus sentimientos agresivos como libidinales, integrando las representaciones parciales y contradictorias del self y de los otros, a la vez que va tolerando y aceptando la interpretación de sus mecanismos de defensa primitivos. En la medida que esto ocurre va mejorando la integración de la concepción del self y de los otros y con esto la difusión de identidad.

La PFT ha mostrado también resultados favorables en la función reflexiva y en la coherencia y seguridad del apego luego de un año de tratamiento<sup>9</sup>.

### Conclusión

El tratamiento de los pacientes con un trastorno límite de la personalidad ha representado un desafío por mucho tiempo. La integración de conceptualizaciones psicodinámica, cognitivo conductual y de la neurociencia ha permitido el desarrollo de diferentes formas de psicoterapia que en las investigaciones empiezan a mostrar resultados alentadores, cuando hasta poco tiempo atrás estos pacientes eran solo posibles de tratamiento farmacológico.

La psicoterapia focalizada en la transferencia constituye una de las modalidades terapéuticas que ha mostrado resultados significativos en el tratamiento de este tipo de pacientes.

### Referencias bibliográficas

1. **Asociación Psiquiátrica Americana.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4.<sup>a</sup> ed. Rev. Barcelona: Masson; 2000.
2. **Kernberg O.** Borderline personality organization. *J Amer Psychoanal Assoc* 1967; 15:641-685.
3. **Kernberg O.** La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós; 1979.
4. **Kernberg O.** Trastornos graves de la personalidad. Estrategias terapéuticas. México: Manual Moderno; 1984.
5. **Koenigsberg H, Kernberg O, Stone M, Appelbaum A, Yeomans F, Diamond D.** Borderline Patients: Extending the limits of treatability. NY: Basic Books; 2000, 293 pp.

6. **Yeomans FE, Clarkin FC, Kernberg OF.** A primer for Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. NY: Jason Aronson Northvale, 2002.
7. **Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg OF.** Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on Object Relations. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2006.
8. **López Garza D.** Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes. México: Editores de textos mexicanos; 2004.
9. **Levy K, Meehan K, Kelly K, Reynoso J, Weber M, Clarkin J, et al.** Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006; 74:1027-1040.
10. **Bernardi R.** DSM-5, OPD-2 y PDM: convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalítico. *Rev Psiquiatr Urug* 2010; 74(2):179-205.