

## Abordaje psicoterapéutico basado en evidencia del Trastorno Límite de Personalidad: La terapia centrada en la transferencia

### Evidence-based psychotherapeutic approach to Borderline Personality Disorder: Transference focused therapy

Amador Jiménez, Dustin Ezequiel

 **Dustin Ezequiel Amador Jiménez**  
deamador@uc.cl  
Pontificia Universidad Católica de Chile, Nicaragua

**Revista Torreón Universitario**  
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua,  
Nicaragua  
ISSN: 2410-5708  
ISSN-e: 2313-7215  
Periodicidad: Cuatrimestral  
vol. 13, núm. 36, 2024  
[revis.torreon.faremc@unan.edu.ni](mailto:revis.torreon.faremc@unan.edu.ni)

Recepción: 17 Mayo 2023  
Aprobación: 18 Enero 2024

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/387/3874817019/>

DOI: <https://doi.org/10.5377/rtu.v13i36.17621>

**Resumen:** El Trastorno Límite de Personalidad consiste en un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, identidad y afectividad e impulsividad en diversas áreas, el cual generalmente inicia en la edad adulta temprana. En el tratamiento de este trastorno de personalidad, la Terapia Centrada en la Transferencia (TFP) es una de las principales formas de abordaje psicoterapéutico contemporáneas y con evidencia empírica. Es una terapia psicodinámica que se enfoca en mejorar la comprensión de los pacientes de sus motivos y sentimientos inconscientes que provocan síntomas, y tiene como objetivo exponer y resolver conflictos intra-psíquicos. En términos estructurales, la TFP tiene el objetivo general de que el paciente logre funcionar en un nivel neurótico de organización de la personalidad (ONP), con una prueba de realidad conservada, el predominio de operaciones defensivas en torno a la represión y una identidad integrada, desarrollando representaciones coherentes y tridimensionales de sí mismo y de los demás, lo que se manifestaría en la reducción de síntomas, integración de identidad y reintegración en las relaciones íntimas.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de Personalidad, Terapia Centrada en la Transferencia, Psicoterapia psicodinámica.

**Abstract:** Borderline Personality Disorder consists in a pattern of instability in interpersonal relationships, identity, affectivity, and impulsivity in various areas, which begins in early adulthood. In the treatment of this personality disorder, Transference-Focused Psychotherapy (TFP) is one of the main forms of contemporary psychotherapeutic approach and with empirical evidence. It is a psychodynamic therapy that focuses on improving patients' understanding of their unconscious motives and feelings that cause symptoms, and aims to expose and resolve intra-psychic conflicts. In structural terms, TFP has the general objective that the patient manages to function at a neurotic level of personality organization (NPO), with preserved reality testing, the predominance of defensive operations around repression, and an integrated identity, developing coherent and three-dimensional representations of oneself and of others, which would manifest itself in the reduction of

symptoms, identity integration and reintegration into intimate relationships.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, Transference-Focused Psychotherapy, Psychodynamic psychotherapy.

## INTRODUCCIÓN

Un trastorno de la personalidad implica un patrón particularmente rígido e inflexible de pensamiento, sentimientos, conductas y funcionamiento social, que genera malestar significativa a la persona y/o a los demás (Lingiardi y McWilliams, 2017). Uno de los principales tipos de trastornos de personalidad es el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), que presenta un “patrón generalizado de inestabilidad y desregulación en todos los dominios del funcionamiento” (Barlow 2021, p. 382), y se caracteriza por una alta sensibilidad a los conflictos interpersonales percibidos, un sentido inestable de uno mismo, emociones intensas e impulsividad (Gunderson et al., 2018), con un alto riesgo suicida (Barlow, 2021).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2014), se define al TLP como “un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos, marcada impulsividad, que comienza en la edad adulta temprana y se presenta en una variedad de contextos” (p. 663), e incluye cinco o más de los siguiente indicadores (APA, 2014): esfuerzos para evitar un abandono; un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas; alteración de la identidad; impulsividad potencialmente autodestructivas; conductas suicidas o autolesión recurrentes; Inestabilidad afectiva y reactividad del estado de ánimo; sentimientos de vacío; ira intensa y dificultad para controlarla; Ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos.

Los pacientes con TLP presentan un patrón característico de deficiencias en el funcionamiento del Yo, como la dificultad para planificar de manera realista, la incapacidad para regular los impulsos y el predominio del proceso primario (Videler et al., 2019). Grinker y col. (1968, citado en Gabbard, 2017) identificaron el predominio de la ira como afecto principal, la presencia de problemas en las relaciones sociales, difusión de identidad y sintomatología depresiva junto a la inestabilidad afectiva.

En general, el TLP se caracteriza por problemas en diversas áreas que incluyen “emociones negativas extremas e intolerables que se activan rápidamente... en el marco de relaciones inestables con otras personas, caracterizadas por una sensibilidad extrema al rechazo y temores intensos al abandono” (Behn y Fischer, 2021), también presentan problemas crónicos en la identidad, comportamientos impulsivos, agresividad y conductas suicidas, incluyendo las autolesiones sin intención suicida que realizan para evitar el dolor emocional intenso (Behn y Fischer, 2021), se preocupan por establecer relaciones exclusivas sin riesgo de abandono, lo que abruma a los demás (Gabbard, 2017).

En el tratamiento del TLP, cuatro formas de psicoterapia han demostrado eficacia en Ensayos Clínicos Aleatorios (RCT, por sus siglas en inglés; Stoffers-Winterling et al. 2012) y han logrado un reconocimiento generalizado, están basadas en teorías sobre el TLP y cuentan con oportunidades de entrenamiento. Estas terapias son la Psicoterapia Centrada en la Transferencia (TFP); la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), Terapia Basadas en la Mentalización (MBT) y Manejo Piquiátrico General (GPM), todas estas disminuyen el suicidio y las autolesiones, la depresión, la ansiedad y el uso de hospitales y salas de emergencia en pacientes con TLP (Gunderson et al., 2018).

El objetivo de este texto es dar a conocer las generalidades de la Terapia Centrada en la Transferencia (TFP), una de las principales formas de abordaje psicoterapéutico contemporáneas y con evidencia empírica que respalda la efectividad del tratamiento en personas con trastornos de personalidad incluyendo el TLP

## DESARROLLO

La TFP se basa en la conceptualización de Kernberg de la Organización Límite de la Personalidad (OLP; Gabbard, 2014), la cual sería un marco fenomenológico amplio, donde el TLP sería un cuadro sintomático específico dentro de este nivel de organización.

### El Trastorno Límite de Personalidad desde la perspectiva de Otto Kernberg

Kernberg (1987) propone un análisis descriptivo, estructural y dinámico para los pacientes con TLP desde la perspectiva de la OLP. En el análisis descriptivo (Labbé et al., 2020), la OLP contiene características clínicas generales como un estado de ánimo inestable, respuestas emocionales desproporcionadas y conductas impulsivas; dificultades en la capacidad de establecer relaciones interpersonales íntimas; además, la difusión de identidad; finalmente, existen fallos en la integración del superyó.

En el análisis estructural (Labbé et al., 2020), la OLP se caracteriza una prueba de realidad conservada, vulnerable en estados afectivos intensos; el predominio de defensas de bajo nivel en torno a la escisión; además de difusión de identidad moderada a severa que se desarrollaría en la adolescencia (Foelsch et al., 2015).

En la descripción dinámica (Labbé et al., 2020), el predominio de las defensas en torno a la escisión, tendrían como resultado las alteraciones y subjetivación de la percepción de la realidad en momentos de angustia, la falta de integración de las representaciones mentales internas del sí mismo y de los otros, y la consecuente difusión de la identidad y problemas en las relaciones de objeto, con predominio de conflictos esquizo-paranoides que dificultan el establecimiento de relaciones íntimas y profundas.

En el modelo de Kernberg et al. (2008), se considera que las personas con OLP padecen el síndrome de difusión de la identidad, caracterizado por:

Una falta crónica y estable de integración del concepto de sí mismo y del concepto de otras personas significativas, y que la causa última de la ese síndrome fue el fracaso de la integración psicológica resultante del predominio de las relaciones de objeto interiorizadas agresivas sobre las idealizadas. (p. 602)

La difusión de la identidad se observa en la dificultad para integrar y evaluarse a sí mismo y a los demás, para comprometerse con el trabajo y mantener relaciones íntimas estables. Las defensas primitivas y la difusión de la identidad, se presentan en el comportamiento a través de dificultades para manejar el afecto negativo y conflictos, lo que provoca diversas dificultades en la vida social (Kernberg et al., 2008).

Por lo tanto, los componentes clave del modelo terapéutico involucran la difusión de la identidad; problemas con el afecto negativo, especialmente hostilidad y agresión; y mala autorregulación manifestada por conductas impulsivas. A partir de lo anterior, una de las hipótesis principales es que las representaciones mentales de sí mismo y de los otros se derivan de la internalización de las relaciones de apego con los cuidadores y se experimentan nuevamente con el terapeuta (Gabbard, 2014), de ahí que el proceso terapéutico se enfoque en el análisis de la transferencia.

### La Terapia Basada en la Transferencia (TFP)

La TFP, propuesta por Kernberg et al. (2008), es una terapia psicodinámica que se enfoca en mejorar la comprensión de los pacientes de sus motivos y sentimientos inconscientes y se cree que provocan síntomas, por lo que tiene como objetivo exponer y resolver conflictos intra-psíquicos (Barlow, 2021), para cambiar las funciones psicológicas de los pacientes a través de conocimientos, instrucción y experiencias interpersonales correctivas (Gunderson et al., 2018).

## Estrategias terapéuticas en la TFP

En términos estructurales, la TFP tiene el objetivo general de que el paciente logre funcionar en un nivel neurótico de organización de la personalidad (ONP), lo que implica una prueba de realidad conservada, el predominio de operaciones defensivas de alto nivel en torno a la represión y una identidad integrada, desarrollando representaciones coherentes y tridimensionales de sí mismo y de los demás, lo que se manifestaría en la reducción de síntomas; integración de identidad, reintegración en las relaciones íntimas, el trabajo y el ocio (Clarkin et al., 2006).

En el caso particular de pacientes adolescentes, Foelsch et al. (2015) plantean que el objetivo es eliminar las obstrucciones que impiden el desarrollo normal de la identidad para mejorar el funcionamiento conductual, afectivo y moral. En las primeras sesiones, el objetivo es construir un motivo de consulta y lograr establecer una alianza terapéutica con el adolescente y ambos padres o tutores, quienes forman parte importante en el desarrollo del proceso terapéutico.

En general, las sesiones de terapia se realizan en formato individual y tienen lugar dos veces por semana, con un marco de tratamiento estructurado basado en un contrato de tratamiento inicial y prioridades de tratamiento claras (Gabbard, 2014). Primeramente, se busca establecer las condiciones necesarias a través del contrato de tratamiento que describe la estructura para abordar las dificultades que pueden amenazar la seguridad física o supervivencia del paciente, la de otras personas o la continuación del tratamiento (Kernberg et al., 2008).

En el tratamiento de pacientes TLP desde este modelo, se toma en cuenta prioridades generales que deben abordarse de inmediato, las cuales incluyen: comportamiento suicida u homicida; amenazas a la interrupción del tratamiento; actuación severa en la sesión, que amenaza la vida del paciente o el tratamiento; deshonestidad; trivialización del contenido de la hora; y resistencias narcisistas, que deben resolverse mediante un análisis coherente de las implicaciones transferenciales del yo patológico grandioso (Clarkin et al., 2006).

Una vez establecidas las condiciones para iniciar el tratamiento, la principal estrategia en la TFP consiste en “facilitar la (re) activación en el tratamiento de las relaciones de objeto internalizadas y escindidas del paciente que luego se observan e interpretan en la transferencia” (Kernberg et al., 2008, p. 603). Por lo tanto, en la TFP se “fomenta el cambio mediante la reactivación de las relaciones de objeto primitivas en circunstancias controladas sin el círculo vicioso de provocar la reacción temida del entorno cuando el paciente se comporta con desregulación de las emociones” (Clarkin et al., 2006, p. 40), de esta manera, se favorece que el paciente experimente sus representaciones internas en un entorno controlado, en esto consistiría la esencia de la transferencia. El mecanismo de cambio sería “la facilitación de la reactivación de relaciones objetales internalizadas disociadas, reprimidas o proyectadas bajo circunstancias controladas” (Clarkin et al., 2006, p. 41), y junto al desarrollo de la capacidad de auto-observación y reflexión del paciente, son mecanismos esenciales de cambio.

Como procedimiento general, se pide al paciente que realice una asociación libre partiendo de los problemas que lo llevaron al tratamiento, y el terapeuta observa la activación de relaciones diádicas regresivas escindidas (positivas y negativas) en la transferencia, que reflejan una unidad diádica de una autorrepresentación, una representación de objeto y un afecto dominante que las vincula ayudando a identificarlas e interpretarlas (Kernberg et al., 2008).

## Técnicas psicoterapéuticas en la TFP

Los principales instrumentos técnicos de la TFP son las técnicas básicas del psicoanálisis: la interpretación, el análisis de la transferencia y la neutralidad técnica, incluyendo el análisis de la contratransferencia como un técnica adicional (Kernberg et al., 2008).

En las primeras fases del proceso de interpretación, se utilizan la aclaración y la confrontación de la experiencia subjetiva del paciente. La aclaración consiste en pedir que el paciente explore y explique información poco clara o contradictoria, y busca facilitar el desarrollo de la conciencia del paciente sobre su propia experiencia, al mismo tiempo que permite identificar y tolerar los afectos que emergen de la conciencia de la experiencia y los significados asociados (Foelsch et al., 2015). La confrontación busca llamar la atención ante cualquier inconsistencia o contradicción en la comunicación del paciente, la conciencia de patrones repetitivos y conflictivos aumenta a través de la confrontación, se procura una integración gradual, mayor tolerancia de los afectos e impulsos y mejorar el funcionamiento interpersonal (Foelsch et al., 2015).

Estas técnicas permiten implementar la interpretación, que consiste en brindar hipótesis al paciente para que las considere y ayudar a organizar y desarrollar significado para sus propios pensamientos y acciones. Se enfoca en el funcionamiento intra-psíquico con base al material que presenta conflictos y la meta es articular la relación entre material consciente y conectarlo con el inconsciente inferido, que influye en su motivación y funcionamiento, buscando integrar aspectos contradictorios (Foelsch et al., 2015). De acuerdo con Kernberg et al. (2008) el objetivo de la interpretación es:

Vincular las diadas positivas y negativas disociadas / transferencias, lo que lleva a una integración de los segmentos de experiencia idealizados y persecutorios mutuamente excluyentes, ayudando al paciente a lograr un sentido coherente de sí mismo y de los demás, resolviendo así la difusión de la identidad. (p. 604).

La reactivación de una diada ocurre con cambios rápidos de roles en la transferencia, de modo que el paciente puede identificarse con una autorrepresentación primitiva mientras proyecta una representación de objeto correspondiente sobre el terapeuta, donde después, el paciente se identifica con la representación de objeto mientras proyecta la autorrepresentación en el terapeuta (Kernberg et al., 2008).

Como regla general, la interpretación debe realizarse donde el afecto es más intenso, este será el que determine el enfoque de la interpretación, el cual tiene que comenzar en la situación externa investida afectivamente, moviéndose progresivamente a la interpretación transferencial cuando el desarrollo transferencial correspondiente ocupa claramente el centro de la interacción actual del paciente con el terapeuta (Kernberg et al., 2008).

En cuanto a la neutralidad técnica, debido a la inestabilidad del paciente con TLP, en ocasiones es necesario interrumpirla debido a la urgencia de establecer límites para hacer una intervención no neutral del terapeuta, por ejemplo, en el caso de riesgo suicida. Tras una intervención que implique una desviación temporal de la neutralidad, se realiza un análisis de las consecuencias transferenciales de esta, hasta que se pueda resolver y después continuar con el análisis de la transferencia de las razones que obligaron a interrumpir la neutralidad.

Por otro lado, el análisis de la transferencia está estrechamente vinculado con el análisis de los problemas del paciente en la realidad externa, a fin de evitar la disociación de las sesiones de psicoterapia de la vida externa del paciente. El empleo de la contratransferencia es una herramienta terapéutica importante y fuente de información sobre temas dominantes en el momento, “permite un análisis en términos de la naturaleza de la autorrepresentación o la representación del objeto que se está proyectando sobre el terapeuta en ese punto, facilitando la interpretación completa de la relación diádica en la transferencia” (Kernberg et al., 2008, p 610), de esta forma, el análisis de la contratransferencia es utilizada por el terapeuta para aclarar la transferencia, incorporándolas en las interpretaciones de esta última.

## Evidencia empírica

Es importante revisar la evidencia empírica existente sobre este modelo terapéutico para el tratamiento del TLP. Los resultados informados por Clarkin et al. (2007) de un RCT y un meta-análisis realizado por Stoffers-Winterling et al. (2012), sugieren que la TFP contribuyó en la mejoría de la depresión, la ansiedad, el funcionamiento global y el ajuste interpersonal en los participantes. La TFP también se asoció con reducciones significativas en la tendencia suicida y de la ira, según Clarkin y sus colegas, la irritabilidad, la agresión física y verbal y la impulsividad solo cambiaron en la TFP, en comparación con otros modelos terapéuticos como la DBT.

## CONCLUSIONES

En conclusión, la TFP es una terapia psicodinámica contemporánea diseñada para apoyar a las personas con trastornos de personalidad, incluido el TLP; tiene un marco teórico robusto y consistente con que describe y explica la psicopatología del trastorno; la metodología se centra en el análisis de la transferencia en la relación psicoterapéutica y tiene como objetivo general, lograr el cambio estructural de personalidad, es decir, pasar de un funcionamiento y nivel de organización limítrofe de personalidad, a un nivel de organización neurótica, lo que implica la integración de la identidad, una mejoría en los síntomas agudos, el fortalecimiento de Yo y de las funciones Yoicas como la reducción de la impulsividad y disminución de la desregulación emocional.

Finalmente, hay que recalcar que es una psicoterapia que cuenta con soporte empírico y, junto con la DBT, MBT y la GPM, es uno de los enfoques terapéuticos más reconocidos para abordar esta problemática.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)*. Arlington: Editorial Panamericana.
- Barlow, D. (Ed.). (2021). *Clinical handbook of psychological disorders, sixth edition: A step-by-step treatment manual*. ProQuest Ebook Central.
- Behn, A. y Fischer, C. (06 de junio 2021). *Mitos y realidades sobre el Trastorno de Personalidad Límite*. Ciper. Recuperado el 6 de junio 2021 de <https://www.ciperchile.cl/2021/01/15/mitos-y-realidades-sobre-el-trastorno-de-personalidad-limite/>
- Clarkin, J., Yeomans, F. & Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Clarkin, J., Levy, K., Lenzenweger, M., & Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928.
- Crowell, S., Beauchaine, T., & Linehan, M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Foelsch et al. (2015). *Tratamiento para la Identidad del Adolescente (AIT)*. México D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice (fifth edition)*. Washington D.C.: American Psychiatric Pub.
- Gabbard, G. O. (2017). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice (special edition)*. Washington D.C.: American Psychiatric Pub.

- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. México DF: Editorial El Manual Moderno.
- Kernberg, O., Yeomans, F., Clarkin, J., & Levy, K. (2008). Transference focused psychotherapy: overview and update. *The International journal of psycho-analysis*, 89 (3), 601–620. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x>
- Labbe#, N., Castillo, R., Steiner, V. y Careaga, C. (2020). Diagnóstico de la Organización de la personalidad: Una actualización teórico-empírica de la propuesta de Otto F. Kernberg. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 372-383.
- Laurensen, E., Hutsebaut, J., Feenstra, D. et al. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-3>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *The Psychodynamic Diagnostic Manual–2nd edition (PDM-2)*. New York: The Guilford Press.
- Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
- Videler, A., Hutsebaut, J., Schulkens, J., Sobczak, S., & Van Alphen, S. (2019). A life span perspective on borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 21(7), 51. doi: 10.1007/s11920-019-1040-1
- Wall, K., Kerr, S., & Sharp, C. (2020). Barriers to care for adolescents with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*. (37), 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.028>
- World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD.10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO.