



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**COMPARACIÓN DE LA TERAPIA BASADA
EN LA MENTALIZACIÓN Y LA
PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA
TRANSFERENCIA PARA EL
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE
DE LA PERSONALIDAD**

Autor: Nuria Ramos Yábar
Director: Carlos Pitillas Salvá

Madrid
Mayo 2018

Nuria
Ramos
Yábar

**COMPARACIÓN DE LA TERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN Y LA
PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA PARA EL
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**



Índice

1. Introducción
2. Marco teórico
 - 2.1 *La Terapia Basada en la Mentalización*
 - 2.2 *La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia*
3. Comparación de las técnicas utilizadas
 - 3.1 *La clarificación*
 - 3.2 *La interpretación*
 - 3.3 *La validación empática*
 - 3.4 *La metáfora*
 - 3.5 *La transferencia*
4. El rol del terapeuta
 - 4.1 *Un modelo para el paciente*
 - 4.2 *Mostrar que no es omnisciente*
 - 4.3 *Monitorizar sus estados internos*
 - 4.4 *El aquí y el ahora*
5. Conclusiones
6. Bibliografía

1. Introducción

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por una inestabilidad en las emociones, las relaciones y la autoimagen del individuo afectado. Las personas que sufren de este trastorno suelen tener una vida turbulenta, con reacciones agresivas, conductas autolesivas y comportamientos impulsivos. Además, es frecuente que tengan sentimientos de vacío y miedo a ser abandonados. En el Cuadro 1.1 se pueden apreciar los criterios establecidos por el DSM-V para su diagnóstico.

Cuadro 1.1. Criterios diagnósticos del TLP según el DSM-V

F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

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

1. Esfuerzos desesperados para evitar un abandono real o imaginado. (Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

(American Psychiatric Association, 2014, p.663)

El TLP podría afectar hasta a un 5% de la población general (Clarkin, Kernberg, Scott, Wasserman y Yeomans, 2006) y a un 15% de la población psiquiátrica (Barlow, 2003), y hoy en día, tiene grandes implicaciones, no solo para el individuo quien lo padece, sino también para la sociedad en general. El trastorno supone un riesgo evidente para la vida del individuo, ya que el 69-80% de los casos conllevan conductas autolesivas (Clarkin, Widiger, Frances y Hurt, 1986, citado en Clarkin et al., 2006) y un 8-10% de ellos resultan en el suicidio (Grilo, Becker, Walker, Edell, & McGlashan, 1997, citado en Clarkin et al., 2006). Por otro lado, el TLP supone un problema para la salud pública en cuanto a los recursos institucionales. Kenneth et al. plantean investigaciones que muestran que los pacientes que sufren de este trastorno, conformando apenas un 6% del total de pacientes en tratamiento, ocupan el 13% del tiempo del psiquiatra (citado en Clarkin et al., 2006). Además, se ha encontrado que existe una comorbilidad entre el TLP y algunos trastornos del Eje I, y que dicha comorbilidad tiene un efecto negativo sobre la eficacia del tratamiento de dichos trastornos (Clarkin et al., 2006). Por último, cabe resaltar el reto personal que el TLP supone para los profesionales de la salud. Dada la naturaleza de la sintomatología borderline, el trabajo con este tipo de pacientes es considerado uno de los más difíciles dentro de los casos abordados en la psicoterapia (Clarkin, Kernberg y Yeomans, 2016). Al tratarse de pacientes que experimentan las emociones con gran intensidad y variabilidad, fluctuando constantemente entre emociones positivas y negativas, sin contar con una capacidad reflexiva adecuada, su tratamiento puede resultar especialmente frustrante para los terapeutas (Maroda, 2010).

Es evidente que las implicaciones del TLP son muchas y de gran alcance a diversos niveles, por lo que cabría esperar una gran demanda de investigación acerca del trastorno. Sin embargo, actualmente, los estudios que se han hecho sobre las terapias específicas para el TLP, son limitados. Son cuatro los modelos terapéuticos más reconocidos para el tratamiento de este trastorno: la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia Cognitiva Centrada en los Esquemas, la Terapia Basada en la Mentalización y la Terapia Focalizada en la Transferencia. Todas se guían por los objetivos generales de mejorar las relaciones sociales de los pacientes y disminuir sus conductas autolesivas, así como el resto de síntomas del trastorno. Sin embargo, las propuestas hechas por las diversas terapias, para alcanzar los objetivos, difieren mucho entre sí, y, como dicen Bateman y Fonagy (2016),

más allá de saber que todas tienen una base teórica clara y un modelo fiable para el tratamiento, no se sabe si existe algún factor común que sea lo que las hace eficaces. Autores como Clarkin et al. (2006), también argumentan que a pesar de haber estudios que muestran que el TLP es tratable, y que debaten la fiabilidad y validez de las distintas terapias existentes para su tratamiento, continúa siendo incierto cuáles son los procesos de cambio concretos en el paciente y las intervenciones terapéuticas que subyacen a dicho cambio.

Es precisamente ante esta cuestión que se plantea el presente trabajo. En éste, se pretende hacer una comparación entre la Terapia Basada en la Mentalización (MBT) y la Terapia Centrada en la Transferencia (TFP), en un intento de esclarecer posibles factores terapéuticos comunes subyacentes al cambio en los pacientes con TLP. Para ello se utilizarán principalmente las propuestas terapéuticas establecidas en los manuales oficiales de las terapias: *Tratamiento Basado en la Mentalización para Trastornos de la personalidad: Una guía Práctica*, de Anthony Bateman y Peter Fonagy (Bateman y Fonagy, 2016) y *Psicoterapia Centrada en la Transferencia: Su Aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*, de John F. Clarkin, Otto F. Kernberg y Frank E. Yeomans (Clarkin et al., 2016).

2. Marco Teórico

La MBT y la TFP son dos adaptaciones de la terapia psicoanalítica tradicional que se basan en distintas conceptualizaciones del TLP para tratar a pacientes con este trastorno. A pesar de ser muy distintas entre sí, ambas buscan el mismo fin, y comparten algunos medios para llegar a ello. Antes de continuar con la comparación entre dichas terapias, se ha hecho una recopilación del entendimiento teórico que tiene cada una sobre TLP y sobre su funcionamiento básico.

2.1 La Terapia Basada en la Mentalización

La mentalización es el proceso cognitivo que le permite a un individuo reflexionar acerca de sus propios estados mentales (pensamientos, emociones, deseos, etc.), y también

sobre los de las personas de su entorno (Fonagy y Luyten, 2009). Esta capacidad hace posible la comprensión de su propio comportamiento y el de los demás, y es necesaria para conservar su sentido del self, para lograr una buena regulación emocional y para mantener interacciones sociales estables (Bateman y Fonagy, 2016).

Bateman y Fonagy (2010) sugieren que la mentalización no aparece en las personas a una edad concreta, como resultado de un proceso de maduración, sino que se va desarrollando a través de la interacción con las figuras de apego en el desarrollo temprano. Al nacer, un niño no es capaz de distinguir entre sus propios afectos, sino que va adquiriendo esta habilidad a través de la especularización (Gegerly y Watson, 1996, citado en Sánchez y Vega, 2013). Los cuidadores del niño responden a sus emociones reflejándoselas de vuelta de forma más marcada. Dicha interacción, hecha de forma congruente y contingente, ayuda a que el niño construya una representación de su mundo interno y facilita que perciba sus emociones como más tolerables, fomentando el desarrollo de su autorregulación emocional y capacidad mentalizadora (Sánchez y Vega, 2013). Sin embargo, cuando los afectos del niño no son reflejados adecuadamente, este internaliza los afectos del cuidador en vez de los suyos propios. El resultado es la internalización de lo que Winnicott llama el “falso self”, que deriva en una organización interna defectuosa, con un sentido del self inestable, que afectará la capacidad mentalizadora del individuo en el futuro (Bateman y Fonagy, 2006). Además, Allen, Bateman y Fonagy (2008) explican que factores como el trauma en el apego pueden llevar a que el niño se retire de su mundo mental, ya que tomar consciencia de la mente del cuidador sería terrorífico para él, y lo expondría a actitudes, como la crueldad o indiferencia, que serían demasiado dolorosas de reconocer (citado en Lanza, 2010). Este retiro defensivo del mundo mental también interfiere con el desarrollo adecuado de la mentalización (Lanza, 2010).

La MBT explica el TLP desde una perspectiva del desarrollo, con la mentalización como el factor substancial detrás del trastorno. En ella, la sintomatología del TLP es vista como el resultado de una supresión parcial de la capacidad mentalizadora del sujeto, que deriva en el resurgimiento de modos pre-mentalizadores, y que está vinculada a los factores de vulnerabilidad en el desarrollo explicados previamente. Bateman y Fonagy (2016) proponen que cuando un individuo con TLP se enfrenta a situaciones que incrementan su nivel de arousal y la activación de su sistema de apego, hay un re-surgimiento de dichos

modos, que son los que dan lugar a las conductas típicas del trastorno. Este resurgimiento de modos pre-mentalísticos frente a situaciones de estrés, es normal en todas las personas. Sin embargo aquellas con TLP o con un apego desorganizado (estilo de apego fuertemente asociado al TLP), tienen una pérdida de mentalización más rápida y de mayor duración.

Los modos pre-mentalizadores son modos de pensamiento similares al de los niños, antes de que hayan desarrollado una capacidad mentalizadora plena, y se distinguen en: el modo de equivalencia psíquica, el modo teleológico y el modo simulado. Con respecto al modo de equivalencia psíquica, este implica que el individuo viva sus pensamientos como equivalentes a la realidad, volviéndose más complicado que pueda considerar otras perspectivas además de la suya o cuestionar la validez de sus vivencias. Por otro lado, en el modo simulado, los pensamientos y sentimientos del individuo se ven desvinculados de la realidad. Desde este modo, suelen hablar sobre sus estados mentales dando la impresión de tener una gran capacidad introspectiva. Sin embargo, hablan de ellos sin conectar con su mundo afectivo ni la experiencia del otro. Por último, el modo teleológico supone que el individuo tiene un foco absoluto en la conducta, dejando de lado todos los aspectos mentales, de sí mismo y del resto. Operando desde este modo, el individuo solo puede reconocer estados mentales si estos son expuestos físicamente, por lo que tenderá a responder desde la acción.

El foco de la MBT es la mente del paciente. Lo que se busca a través del proceso terapéutico en la MBT es que el paciente se familiarice con su forma de pensar y que se vaya haciendo cada vez más consciente de los fallos de mentalización que suele cometer. Para ello, la terapia se centra en hablar sobre sus estados mentales y aquellos que le atribuye a los demás, y las intervenciones se fijan en la identificación y exploración de los mismos. Así, se pretende que la mentalización del paciente se vuelva más robusta, para que no se pierda con tanta facilidad y se pueda recuperar con mayor rapidez. El objetivo final es brindarle al paciente las herramientas necesarias para que se pueda desenvolver de una forma más adaptativa en un contexto interpersonal.

2.2 La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia

Desde la TFP, la sintomatología de los pacientes con TLP se entiende bajo la concepción psicoanalítica moderna de las relaciones objetales y la Teoría Estructural de la Personalidad de Kernberg. Esta teoría señala que todas las personas tienen una estructura psicológica que determina su modo de funcionamiento mental y consecuentemente, su conducta (Clarkin et al., 2016). La Teoría de Relaciones Objetales establece que desde el nacimiento, todo individuo experimenta sus afectos en relación a un otro, el objeto. A lo largo de su desarrollo, va internalizando sus experiencias afectivas en forma de diadas. Dichas diadas son los elementos constitutivos de toda estructura psicológica: unidades formadas por una representación del self y una representación del otro, unidas por un afecto, que se irán integrando para formar una estructura psicológica sana. Según Kernberg, los trastornos de personalidad se pueden explicar por una estructura patológica de personalidad subyacente, en la que dicha internalización de los afectos no se ha dado de forma óptima.

Concretamente, Kernberg habla de tres organizaciones de personalidad (la neurótica, la borderline y la psicótica), definidas en base a tres factores: la integración/difusión de identidad del individuo, el tipo de mecanismos de defensas que utiliza habitualmente para enfrentarse ante situaciones de angustia y la naturaleza de la prueba de realidad (Castro, Quiroga y Fontao, 2003). Dentro de cada tipo de estructura, incluye distintos trastornos en función de su gravedad. El TLP se encuentra dentro de la organización borderline, en la cual se encuentran también el trastorno de personalidad esquizoide, el esquizotípico, el narcisista y el antisocial, entre otros (Pérez 2011).

Una estructura borderline de personalidad implica que el sujeto no tiene un concepto integrado de sí mismo ni de los otros. Esto supone que el individuo mantiene las representaciones positivas y negativas de sí mismo y del otro disociadas, teniendo dificultades para concebir aspectos buenos y malos de cada uno, de forma integrada. Esto es importante para los pacientes con TLP, ya que repercute en su capacidad para realizar objetivos a largo plazo, para mantener relaciones íntimas estables, para tener un sentido de continuidad a lo largo del tiempo y, sobre todo, para tener una conducta coherente (Clarkin et al., 2016). Por otro lado, los individuos con una organización de la personalidad borderline suelen utilizar mecanismos de defensa primitivos. Estos son mecanismos basados en la escisión, que les permiten protegerse de las vivencias contradictorias de sí

mismos, o de los otros, que les resultarían insoportables (Castro et. al, 2003). Los mecanismos primitivos más observado en los pacientes con TLP son la identificación proyectiva, la idealización, y la desvalorización. Por último, la organización borderline conlleva una prueba de realidad intacta, pero frágil. Ésta hace referencia a la capacidad de distinguir el self del otro, así como la capacidad de diferenciar los estímulos internos de los externos y de reconocer las reglas establecidas socialmente, que tienen los pacientes con TLP (Castro et. al, 2003).

Al igual que los autores de la MBT, Kernberg también se centra en las experiencias tempranas del individuo para explicar el desarrollo del TLP. En el transcurso de su desarrollo, el niño tiene tanto experiencias de frustración como de satisfacción. Las experiencias de satisfacción, que se pueden producir, por ejemplo, cuando se le alimenta o se le da afecto, le generan sentimientos positivos y lo llevan a internalizar imágenes de un self, y de un otro, idealizado. Por otro lado, las experiencias de frustración, que se producen cuando sus necesidades no están satisfechas, le generan sentimientos agresivos que se asociarán a una imagen de un self, y de un otro, negativas. A raíz de estas internalizaciones, su mente se organiza de forma escindida entre un sector idealizado y uno persecutorio (Somavía, 2008). Sin embargo, a medida que el niño se va desarrollando, si predominan las experiencias de satisfacción, podrá ir integrando dichas representaciones. Lo que pasa con los individuos con TLP, y con una organización borderline en general, es que dicha integración no se da, y el resultado son las dos características patológicas que establece Kernberg en una estructura borderline: la difusión de identidad y el uso de mecanismos de defensa primitivos.

La TFP busca lograr el restablecimiento de las estructuras psíquicas del individuo, integrando las diadas afectivas que están disociadas en el paciente límite. El objetivo final es resolver su difusión de identidad y reducir el uso de los mecanismos de defensa primitivos, que son los que están detrás de muchas de las conductas típicas del trastorno. La terapia se centra principalmente en los patrones de relación del paciente con el terapeuta, haciendo un análisis de las transferencias y contratransferencias que se irán dando para ir integrando las secciones escindidas del individuo en su representación del self y del otro. Tiene una trayectoria definida que se concreta en cuatro estrategias o pasos que el terapeuta ha de seguir: la definición de las relaciones objetales dominantes del paciente, la

interpretación de las inversiones de papeles que se dan en el paciente, la interpretación de los nexos entre las diadas que se oponen entre sí, y, por último, ayudar al paciente a que pueda vivir sus relaciones de forma diferente.

3. Comparación de las técnicas utilizadas

A continuación se hará una comparación de algunas de las técnicas implementadas en la MBT y en la TFP, basada en las propuestas que hacen sobre su implementación los manuales de Bateman y Fonagy (2016) y Clarkin et. al (2016), para tratar con pacientes con TLP. Se han seleccionado las técnicas más relevantes en dichos tratamientos, aunque cabe señalar que no son las únicas.

3.1 *La clarificación*

Por lo general, los terapeutas suelen describir sus experiencias subjetivas, en los primeros encuentros con pacientes límites, como confusas. Por un lado, los pacientes con TLP no tienden a ser claros en su forma de comunicar. Pero además, según la conceptualización que hace la TFP del trastorno, puede generarse confusión porque la experiencia que el paciente tiene del medio está en constante cambio y no siempre se adapta a la realidad, debido a que las diadas objetales activadas alternan constantemente. Los pacientes no se dan cuenta de todas las contradicciones que presentan, ya que están protegidos por la escisión de su estructura mental. Sin embargo, es común que el terapeuta viva sus interacciones con confusión, por lo que las intervenciones en forma de clarificación son esenciales en todo tratamiento con este perfil de pacientes (Clarkin et al., 2016). Las clarificaciones se utilizan de manera similar en la MBT y en la TFP. Son intervenciones muy simples que lo que buscan es ordenar o matizar la información aportada por el paciente. En ninguno de los casos consisten en reflejar lo que ya ha dicho el paciente, ya que esto no aportaría nada a la sesión, y en ambas ayudan a mostrarle el carácter no omnisciente del terapeuta (elemento importante que se elaborará en la sección 4.2).

En la MBT, las clarificaciones pueden servir para contextualizar la conducta que ha desencadenado un fallo en la mentalización, o para incentivar que el paciente no solo hable

sobre lo que sucedió, sino que especifique cómo se sintió en ese proceso. También pueden servir para poner en orden a los eventos que cuenta el paciente y para ponerlos en relación con las emociones que dice haber experimentado. Sin embargo, se distingue de la mentalización en sí, ya que en este punto no se busca que el paciente reflexione acerca de dichos estados. Un ejemplo de clarificación cuando un paciente está narrando un acontecimiento, centrándose en los eventos y dejando los estados mentales de lado, podría ser: “cuéntame qué pensaste en ese momento”. Con este tipo de intervención, el terapeuta se asegura de tener toda la información necesaria para poder proseguir con la mentalización de la experiencia de la que están hablando.

En la TFP, lo que se busca con la clarificación es que el paciente profundice en cómo está viviendo una determinada situación, para que el terapeuta pueda lograr un mayor entendimiento de su estado subjetivo. Este es un paso importante antes de que pueda elaborar cualquier interpretación. Dentro de las estrategias de la TFP, la clarificación tiene mayor importancia en la tarea de identificar las relaciones objetales dominantes del paciente. Como las diadas afectivas que componen la estructura psicológica del paciente no se pueden observar de forma directa, es necesario que el terapeuta indague sobre ellas. Entonces, si un paciente se queja, por ejemplo, de que siente que al terapeuta no le importa, podría profundizar su entendimiento de la vivencia de rechazo del paciente, con la siguiente intervención clarificativa: “dices que sientes que no te importo, ¿por qué dices eso?”.

3.2 *La interpretación*

Por otro lado, tanto la TFP como la MBT utilizan la interpretación como una de sus técnicas principales, con la clarificación como paso previo. Sin embargo, las intervenciones interpretativas en cada una de las terapias cumplen propósitos distintos en cuanto a qué lograr con los pacientes borderline.

En la TFP, las interpretaciones se centran en las diadas afectivas activadas durante la sesión terapéutica. En un principio, se fijan en una diada a la vez y en las posibles inversiones de papeles que se dan dentro de ella. Sin embargo, siguiendo el curso de las estrategias establecidas por la terapia, también podrán interpretarse los nexos entre las relaciones objetales que se oponen entre sí. Dependiendo de la fase de la terapia y el avance

del paciente, así como de su capacidad reflexiva, el foco de las interpretaciones podrá ser sobre un elemento u otro.

Las interpretaciones en esta terapia constituyen hipótesis que el terapeuta va haciendo acerca de los conflictos intrapsíquicos del paciente, basándose en las conductas y reacciones que puede observar en él. Con ellas, se busca poner en contacto un aspecto del conocimiento consciente del paciente (como el afecto que está vivenciando en ese momento) con otro conocimiento que, a pesar de ser accesible a la consciencia, no lo es en ese instante (como los afectos que ha experimentado en otros momentos de la terapia). Con esto, el objetivo es que, poco a poco, el paciente vaya dándose cuenta de los elementos enfrentados en su psique, para poder ir aproximándose a la integración de la misma. Un ejemplo de esto sería: “En este momento me estás diciendo lo bien que te sientes en terapia y lo bondadoso que crees que soy contigo, ayudándote desde el tratamiento. Sin embargo, esto me desconcierta, ya que la sesión pasada me dijiste que sentías que tenías que andar alerta en la terapia, y que te resultaba peligrosa la forma en que yo intentaba entenderte.” Con esta intervención, el terapeuta estaría fomentando un entendimiento más profundo del paciente sobre su funcionamiento, haciéndolo ver cómo cambia su manera de vivenciarlo de un momento a otro.

Respecto a la MBT, las interpretaciones son llamadas intervenciones de mentalización integradora, y lo que buscan es incrementar la complejidad de la narrativa del paciente. Por ello, lo que formulan no es una hipótesis como la de la TFP, sino una alternativa más detallada de las experiencias que describe el paciente. Ante un paciente que cuenta en terapia que ha tenido una pelea con su mujer porque ha llegado tarde a casa varios días seguidos, y dice que se ha enfadado mucho y la ha amenazado con el divorcio, un ejemplo de una intervención integradora podría ser la siguiente: “quizás sentías miedo por lo que pudiese estar haciendo mientras no estaba en casa y eso te puso furioso e hizo que reaccionaras de forma defensiva”.

A diferencia de la TFP, en la que las interpretaciones suceden a la activación de diadas afectivas en el contexto terapéutico, la integración se utiliza cuando el paciente habla de una experiencia que ha tenido en relación a un otro. Con ella, no se busca señalar los cambios en las vivencias afectivas del paciente, sino elaborar un estado mental concreto, para fomentar la mentalización respecto al mismo y lograr un mayor entendimiento sobre la

forma de actuar del individuo. Concretamente, se busca vincular una reacción con un estado mental. Se intenta ilustrar una secuencia causal entre la cognición y el afecto, para que el paciente entienda por qué se ha llegado a sentir o a actuar de una manera en particular. En el caso anterior, se pretende que el paciente considere que a lo mejor lo que estaba detrás de su reacción de enfado era el temor al abandono o rechazo. El objetivo de dichas intervenciones es que el paciente incremente su capacidad mentalística, y se acostumbre a darle sentido a sus reacciones fijándose en su estado mental.

Por otro lado, tanto la integración mentalizadora en la MBT como la mayoría de las interpretaciones en la TFP, se diferencian en gran medida de las interpretaciones que propone el psicoanálisis clásico. En ambos casos, el terapeuta se centra en contenidos que son accesibles a la consciencia del paciente, no en contenidos reprimidos. Clarkin et al. (2016) razonan esta desviación de las interpretaciones tradicionales basándose en la Teoría Estructural de la Personalidad de Kernberg, que establece que los pacientes con TLP operan principalmente desde mecanismos de defensa basados en la escisión, no en la represión, ya que estos segundos corresponderían a personas con estructuras psicológicas más adaptativas. Además, lo justifican aludiendo a la “ausencia de una distancia observadora” en los pacientes con TLP, que hace referencia a su incapacidad de reflexionar acerca de su propia experiencia transferencial. Según los autores, esto impide que los pacientes con TLP saquen provecho de las interpretaciones más tradicionales. No obstante, a pesar de que las interpretaciones clásicas psicoanalíticas no son recomendadas en ningún punto de la MBT, y tampoco son utilizadas en la mayoría del transcurso de la TFP, la TFP sí las admite en sus últimas fases de tratamiento. Clarkin et al. (2016) establecen que a medida que progresa la terapia, se espera que las estructuras psicológicas del individuo se vayan integrando. Entonces, habría una disminución en el uso de los mecanismos basados en la escisión y aparecerían aquellos basados en la represión, por lo cual se admitirían interpretaciones más complejas del inconsciente.

3.3 *La validación empática*

Una de las intervenciones en las que hace más énfasis la MBT es la validación empática de los afectos del paciente. Ésta implica un reconocimiento por parte del terapeuta

de los afectos vividos por el paciente y del efecto que están teniendo sobre el mismo. En lugar de ir directamente a la elaboración del contenido que trae el paciente a terapia, la MBT defiende que empatizar con el paciente, normalizando la vivencia que tiene de una situación determinada, proporciona una serie de beneficios para el trabajo posterior. Las validaciones empáticas son recomendadas a lo largo de toda la terapia, como elemento central de la misma, constituyendo, por ejemplo, un paso previo a la integración mentalizadora. Pero además, se sugiere que sean utilizadas cuando el paciente está pseudomentalizando (especialmente desde el modo de equivalencia psíquica y en el teleológico).

La idea que manejan Bateman y Fonagy (2016) es que para que el paciente pueda tener una mentalización adecuada, su nivel de activación emocional (arousal) no debe ser muy alto. Por lo tanto, antes de fomentar la mentalización, es importante regular afectivamente al paciente. Por ejemplo, en el caso de una paciente a la que han echado del trabajo y se encuentra furiosa en la sesión, antes de elaborar sobre su estado, cabría hacer una intervención empática como: “Aceptar que te echen del trabajo es difícil... comprendo que estás furiosa”. Reconociendo el estado interno de la paciente y normalizándolo, este tipo de intervención hace que el afecto sea más tolerable para la paciente y facilita que ésta pueda elaborarlo desde una mentalización más adecuada. Además, Bateman y Fonagy (2016) consideran que la empatía fortalece la relación entre el paciente y el terapeuta, reforzando su alianza, y que ayuda a que el paciente no se sienta solo. Considerando que desde la MBT se les da mucha importancia a los traumas en el apego para explicar el funcionamiento del TLP, dichas funciones de la empatía son muy relevantes para el tratamiento.

Por el contrario, la TFP no hace tanto énfasis en el uso de la empatía como lo hace la MBT. Esto podría deberse a que la propuesta de Clarkin et al. (2016) para los pacientes con TLP, no incluye el trabajo previo de regulación del arousal. Incluso se podría decir que la mayoría de intervenciones de la TFP se benefician de que el paciente esté fuertemente activado en uno de los dos polos de la díada objetal, ya que de esta forma es más fácil identificarlos. No obstante, hay situaciones concretas para las que la TFP sí la recomienda. Clarkin et al. (2016) reconocen que una declaración empática puede ser beneficiosa en el caso de que se vaya a plantear una interpretación que mencione un aspecto del mundo

interno del paciente que le pueda resultar intolerable. Por ejemplo, a un paciente podría costarle reconocer que tiene una tendencia sádica, por lo que antes de mencionar su tendencia a situarse en una posición de maltratador respecto al otro, podría ser útil hacer una intervención empática como la siguiente: “a lo mejor piensas que lo que te voy a decir implica que te estoy juzgando. Pero creo que a pesar de que sea difícil, será realmente beneficioso que reflexionemos un poco sobre el tema...”. De esta forma, se pueden prevenir reacciones de rechazo, por parte del paciente, ante lo que tiene que decir el terapeuta.

3.4 *La metáfora*

En la TFP, el uso de metáforas es bastante común. Clarkin et al. (2016) proponen que para identificar las representaciones objetales del paciente, el terapeuta analice su interrelación imaginándose que ésta es un drama. Lo que recomiendan es que intente identificar a los diferentes actores que se necesitarían para interpretar todos los papeles que van apareciendo en las escenas de la terapia. Cada papel identificado reflejaría una de las representaciones objetales del self, o del objeto, activadas en la escena. Entonces, el terapeuta podría identificar al paciente en un momento dado de la terapia como “un niño hambriento”, e identificarse a sí mismo como “un progenitor restrictivo”, por ejemplo. La TFP incentiva el uso de este tipo de metáforas dentro de las interpretaciones para que el terapeuta las utilice al exponerle, al paciente, las representaciones objetales detectadas. Un ejemplo concreto de este tipo de intervención sería la siguiente: “Obró usted como si tuviese derecho a ser un niño que no es responsable de sus actos, mientras que la madre es la que tiene la responsabilidad de ir detrás de su descuidada criatura, recogiénolo y limpiándolo todo” (Clarkin et al., 2016, p.115). Según Clarkin et al. (2016), este tipo de metáforas vívidas facilitan que el paciente pueda hablar sobre las representaciones complejas de sí mismo y del otro.

Sin embargo, la MBT no está tan inclinada hacia el uso de este recurso. Bateman y Fonagy (2016) reconocen que los pacientes con TLP están especialmente sensibilizados a la confusión, y argumentan que si el foco de la terapia está muy alejado de su vivencia inmediata, se puede estimular su pseudomentalización. Por ello, indican que a pesar de que

las metáforas pueden ser beneficiosas para promover el entendimiento del paciente, solo podrán ser aprovechadas si éste cuenta con una capacidad de reflexión apropiada en ese momento. Advierten que su uso constituye un riesgo importante, ya que de no ser oportuno el momento en que se utilizan, las metáforas pueden tener un efecto iatrogénico, interfiriendo con el progreso del tratamiento.

El ajuste de la metáfora en el tratamiento de pacientes con TLP, por tanto, no está del todo claro. La MBT es una terapia bastante flexible, que le da mayor importancia a los procesos de la intervención que al tipo de intervención en sí misma. Bateman y Fonagy (2010), enfatizan la permisividad dentro de esta terapia y su adaptabilidad a todo tipo de estilos terapéuticos. Este carácter abierto de la terapia hace que resulte curioso que uno de los pocos elementos que no incentiva, sea justamente uno de los elementos principales dentro de la otra gran terapia psicoanalítica para el TLP, la TFP. Se pueden encontrar distintos puntos de vista relativos al uso de esta técnica entre otros autores. Maroda (2010) se sitúa cerca del posicionamiento de Clarkin et al. (2016) respecto al las metáforas. La autora reconoce que en el psicoanálisis, la metáfora siempre ha sido apreciada por su poder en el facilitar el entendimiento del paciente, y expone que las investigaciones de Rasmussen y Angun (1996) demostraron que dicho recurso es beneficioso para el tratamiento, tanto de personas sin TLP, como para el de pacientes con TLP (Maroda, 2010). Apoyándose en dichos estudios, y en su propia experiencia con pacientes con TLP, argumenta que la metáfora no solo ayuda a transmitir un punto efectivamente, sino que además, permite incluir el humor y crear un ambiente menos amenazante para el paciente.

3.5 *La transferencia*

Para la TFP, Clarkin et al. (2016) recomiendan que el terapeuta trabaje con la transferencia como una herramienta para la comprensión del funcionamiento del paciente en un contexto interpersonal. En el transcurso de una terapia, el paciente establece una relación transferencial con el terapeuta, en la que sus percepciones y afectos se ven influenciados por las representaciones internalizadas en su pasado y los mecanismos primitivos derivados de los conflictos en su desarrollo infantil. Por lo tanto, se propone que el terapeuta esté atento a cualquier desviación de lo que cabría esperar de una relación

terapéutica “normal”, fijándose en las conductas y actitudes que tenga el paciente que no sean consideradas como adecuadas dentro del contrato terapéutico, para detectar las transferencias. Así podrá analizarlas, hacérselas ver al paciente y vincularlas con distorsiones parecidas que puedan estar presentes en otras relaciones que tenga fuera de la terapia.

La importancia del análisis de las transferencias en la TFP se respalda en la fundamentación teórica que tienen sobre el TLP. Según la Teoría de Personalidad de Kernberg, los pacientes borderline mantienen una estructura escindida porque viven sus afectos negativos como demasiado destructivos para poder ser tolerados. Entonces, al explorar e interpretar sus transferencias negativas, lo que consigue el terapeuta es fomentar el desarrollo de la ambivalencia. Si el terapeuta evitase elaborar las transferencias negativas del paciente, lo que conseguiría sería reforzar su temor a dichos afectos. Un ejemplo de la interpretación de la transferencia de un mecanismo primitivo, ante un paciente que está idealizando al terapeuta sería: “me tratas como si tuviese yo todas las respuesta, como si fuese un sabio o algo por el estilo...”. Así, se pretende ayudar al paciente a tomar consciencia de su defensa y progresar hacia la integración de sus representaciones objetales. No obstante, al trabajar con transferencias positivas de este tipo, se subraya que el terapeuta debe asegurarse de interpretar solamente las idealizaciones primitivas del paciente y no confundirse con lo que pueden ser simples actitudes positivas hacia él, ya que las segundas son en realidad parte del objetivo del tratamiento.

Por otro lado, en la MBT la transferencia se utiliza en la mentalización de la relación. Esta técnica implica motivar a los pacientes a reflexionar sobre su relación con el terapeuta. Se trata de indagar sobre cómo se siente el paciente acerca del terapeuta y ayudar a que reflexione sobre aquellas interpretaciones que puedan estar más vinculadas a la transferencia que al comportamiento objetivo del terapeuta. Así, se pretende que el paciente considere otras formas de interpretar la relación: perspectivas alternativas que se ajusten más a las motivaciones reales del terapeuta. El objetivo último es estimular la mentalización del paciente en el contexto relacional y desviarlo de la rigidez con la acostumbra vivir sus relaciones (Bateman y Fonagy 2016).

Como parte de la mentalización de la relación, los autores resaltan la importancia de que además de buscar interpretaciones alternativas, el terapeuta también debe aceptar su

parte de responsabilidad dentro de la transferencia. Bateman y Fonagy (2016) sugieren que es posible que el terapeuta haya actuado de acorde con la imagen que tiene el paciente de él. Entonces, en lugar de atribuir su percepción únicamente a la manera de vivenciar las relaciones que tiene el paciente, si ha influido en la misma, debe reconocerlo. De esta forma le transmite al paciente la idea de que responsabilizarse de sus actos involuntarios no invalida su actitud general como persona. Por un lado, esto es de gran importancia para invalidar el modo teleológico, desde el cual solo se consideran las acciones. Pero además, es un factor importante, ya que desde la MBT se considera que las percepciones de la persona con TLP fueron sistemáticamente invalidadas a lo largo de su desarrollo, generándole mucha desconfianza respecto a sus propios estados mentales desde la infancia. Entonces, un terapeuta capaz de decir: “Tienes razón, he reaccionado de manera crítica respecto a lo que me acabas de contar. Procuraré no volverlo a hacer, ya que reconozco que no tengo por qué juzgarte. Sin embargo, me gustaría que exploremos juntos lo que esto ha supuesto para ti.”, le está devolviendo un sentido de legitimidad a los estados mentales del paciente.

Las transferencias son de gran relevancia para ambas terapias, y aunque a primera vista parezca que son utilizadas de modos muy distintos, tienen un elemento fundamental en común: su divergencia del psicoanálisis clásico. En ninguna de las terapias se busca comparar la relación terapéutica a patrones similares en la infancia, para generar una comprensión profunda y poder controlarlos. Aunque en la TBM se puede vincular la relación actual en la terapia con un patrón de la niñez, el fin es simplemente incentivar la reflexión sobre el tema para estimular la mentalización. Bateman y Fonagy (2016) justifican esta elección señalando que de hacerse interpretaciones transferenciales clásicas, se podría estimular el modo simulado en el paciente, quien podría perder el contacto con la realidad y elaborar una fantasía de comprensión acerca de lo que le dice el terapeuta. Por otro lado, como ya se ha establecido, en la TFP se pueden utilizar metáforas para comparar la relación terapéutica con la relación entre un niño y su madre. Sin embargo, lo que se busca en este caso tampoco es investigar si ese tipo de relación era cierta en su infancia, sino simplemente proporcionar una imagen más clara de referencia sobre afectos activados en ese momento.

4. El rol del terapeuta

A pesar de ser dos terapias basadas en la teoría y técnica psicoanalítica, el rol del terapeuta, tanto en la MBT como en la TFP, también dista mucho del rol psicoanalítico tradicional. La mayor diferencia se encuentra en la actividad del terapeuta, ya que, en ninguno de los dos casos, es pasivo. Dado que estas terapias se fundamentan en que el apego y las relaciones interpersonales están en la base del funcionamiento de los pacientes con TLP, tiene sentido que utilicen la relación terapéutica como una herramienta para el tratamiento de dichos pacientes. Ambas terapias fomentan que el profesional se involucre en la terapia y sea una vehículo para su desarrollo. En los siguientes apartados se especificarán algunas cuestiones claves de su rol.

4.1 *Un modelo para el paciente*

Uno de los aspectos en los que hacen gran hincapié ambas terapias es en que el terapeuta debe de actuar como un modelo para el paciente. Como se ha establecido ya, los pacientes límites tienden a tener muchos conflictos internos e interpersonales. Por ello, ambas terapias aprovechan la persona del terapeuta como un ejemplo o modelo que le muestre al paciente lo que sería un funcionamiento adecuado.

En la MBT, el mayor énfasis, en cuanto a qué modelar, se pone en la reflexión que hace el terapeuta acerca de sus propios estados. Al estar en contacto con pacientes límites, es normal que en algún momento el terapeuta pierda su propia capacidad de mentalización, que se frustre y le diga al paciente cómo debería sentirse, o que le insista en que su punto de vista respecto a algún tema es el correcto, lo cual sería un ejemplo de equivalencia psíquica. Bateman y Fonagy (2016) sugieren que en dicho caso, lo que debería hacer el terapeuta es reconocer su error ante el paciente. En primer lugar, esto ayuda a disminuir el arousal del paciente, lo cual es importante en el tratamiento, ya que una activación elevada puede llevar a la pérdida de mentalización. Sin embargo, el mayor propósito detrás de esta actitud terapéutica es que le da al paciente la oportunidad de ver cómo alguien es capaz de reconocer sus errores dentro de una relación interpersonal. Se recomienda que el terapeuta esté atento a los fallos que pueda cometer, y que al detectarlos se asegure de transmitirlos

al paciente, para que el paciente vea que el terapeuta está en una reflexión continua acerca de lo que ocurre en su mente, y que lo tenga como ejemplo para estar en una mentalización continua él mismo. No obstante, es importante señalar que este tipo de autorevelaciones son delicadas, ya que podrían generar dinámicas en las que el terapeuta se sitúe por debajo del paciente, de no hacerse correctamente. Esto podría resultar retraumatizante, por lo que el terapeuta debe asegurarse de que su error no se convierta en el centro de la sesión, sino que el foco se mantenga en las vivencias del paciente.

En el caso de la TFP, se sugiere que el terapeuta sea un modelo para el paciente en cuanto a su tolerancia a la ambigüedad y la frustración, ejemplificándolo a través de sus intervenciones en la terapia. Clarkin et al. (2016), refieren que es normal que el terapeuta tenga más de una interpretación sobre un mismo suceso. Entonces, sugieren que se lo diga al paciente, presentándole las alternativas de interpretación sobre su comportamiento, para que éste lo ayude a decidir cuál es la más adecuada. Según la TFP, el mayor motivo detrás de la sintomatología borderline es la estructura psíquica escindida del paciente, que hace que interprete su realidad de forma dicotómica y con gran rigidez. Además, asume que le atribuyen el mismo modo de funcionamiento al terapeuta. Por ello, se propone que el terapeuta muestre lo contrario, convirtiéndose en una figura de referencia que tolera complejidad de la realidad y de las relaciones interpersonales.

Ambas terapias le dan gran importancia al terapeuta como una figura de aprendizaje para el paciente, a pesar de promover diferentes cualidades en él. Por ello, cabe suponer que, desde estos dos enfoques, es inevitable que el terapeuta sienta cierta presión de tener que mantenerse en un rol de modelo, mostrando siempre un funcionamiento óptimo. Dicha responsabilidad profesional, podría sugerir la importancia del cuidado del terapeuta dentro del tratamiento con pacientes con TLP.

4.2 *Mostrar que no es omnisciente*

Por otro lado, ambas terapias también resaltan la importancia de que el terapeuta muestre que no es omnisciente; que deje claro ante el paciente que no tiene todas las respuestas.

En la MBT se hace énfasis en la posición mentalizadora o de *no saber* como una de las actitudes terapéuticas fundamentales en el tratamiento, muy vinculada al rol de modelo discutido previamente. Esta posición implica que el terapeuta muestre su ignorancia respecto a los estados mentales del paciente, interesándose por su vivencia de los sucesos que cuenta en terapia. Debe buscar entender su visión de la situación, los sentimientos que ésta le producen y el razonamiento detrás de su conducta. Para ello, se recomienda que indague activamente, mostrando desconocimiento respecto al mundo interno del paciente, a la vez que voluntad e interés por entenderlo. La finalidad de esta actitud es transmitirle al paciente que uno no puede saber con certeza lo que pasa dentro de la mente de otro, y así, estimular su mentalización adecuada. Por ejemplo, desde la equivalencia psíquica, los pacientes con TLP tienden a equiparar sus vivencias internas con la realidad. Entonces, al sentir que alguien les hace daño, pueden asumir que esa persona quiere hacerles daño. Con la actitud terapéutica de *no saber*, lo que se pretende es que este tipo de fallos en la mentalización del paciente disminuyan, ayudándolo a que entienda que uno no puede conocer los estados internos de otro con certeza, por sí solo.

En la TFP no hay una postura terapéutica específica dirigida a mostrarle al paciente el carácter no omnisciente del terapeuta, ni se ha elaborado con la misma profundidad la importancia de transmitírselo al paciente. Sin embargo, se recomienda que el terapeuta que se sienta plenamente libre de preguntar cualquier duda que tenga utilizando la técnica de la clarificación. Clarkin et al. (2016) reconocen que es normal que el terapeuta sienta cierta resistencia a preguntarle sus dudas al paciente por miedo a ser devaluado. No obstante, lo incentivan igualmente, ya que además del valor que tiene la información que consiguen con ello, preguntando y mostrando cierta ignorancia, pueden ayudar a confrontar al paciente con una relación objetal frecuente en la que viven al otro como omnisciente. Rompiendo con esta concepción idealizada del terapeuta, se puede llevar al paciente a vivirlo desde un polo devaluativo. Entonces, el terapeuta podrá trabajar para integrar estas dos realidades y lograr una visión más matizada del paciente, viendo al terapeuta como una persona con gran conocimiento psicológico, pero no completamente sabio.

4.3 *Monitorizar sus estados internos*

Además de las actitudes terapéuticas ya mencionadas, ambas terapias proponen que el terapeuta monitorice sus propios estados internos, como una tarea fundamental a lo largo de toda la terapia. Tanto la MBT como la TFP señalan que los sentimientos que el terapeuta experimente durante la sesión pueden aportar información significativa para el tratamiento.

Dentro de la TFP, la utilización de la contratransferencia está categorizada como una técnica en sí. Sin embargo, se ha considerado más oportuno incluirla en esta sección, ya que está estrechamente vinculada a la persona del terapeuta. Para la TFP, la contratransferencia, definida como las emociones del terapeuta respecto al paciente dentro de un encuentro con el mismo, es considerada un canal más de comunicación entre ambos (Clarkin et al., 2016). Desde su fundamentación teórica, la TFP argumenta que, al tener una estructura borderline de la personalidad y utilizar mecanismos de defensa primitivos, la identificación proyectiva es frecuente en los pacientes con TLP. Por consiguiente, a través de este mecanismo, el paciente puede despertar ciertos elementos de su mundo interno en el terapeuta, para evitar sentirlos él mismo. Por ello, se considera que los estados del terapeuta pueden darle pistas sobre los del paciente, y pueden ser de gran relevancia para llevar a cabo las estrategias de la TFP. Concretamente, los autores resaltan su importancia porque pueden ayudar al terapeuta a identificar las diadas activas en el paciente, en el contexto de su relación. Pero además, de no monitorizar las contratransferencias, habría una mayor posibilidad de que el terapeuta las externalice. Esto tendría un efecto dañino para el paciente, ya que se estaría reforzando su resistencia y promoviendo que continúe externalizando los elementos que no puede tolerar en él mismo.

A pesar de reconocer que no todos los sentimientos del terapeuta en la terapia nacen del mundo interno del paciente, sino que alguno se originen en él mismo, la TFP solo indica utilizar aquellos provenientes del paciente. Por esto, se hace hincapié en que al monitorizar sus estados, el terapeuta identifique su fuente, proponiendo que cualquier desviación de la relación establecida en el marco terapéutico del contrato sirve como advertencia de que el mundo interno del paciente está influyendo sobre el suyo. En la MBT los autores también advierten que el terapeuta no debe asumir que todos los sentimientos que tenga en un momento dado vengan necesariamente del paciente. Sin embargo, consideran que sea cual sea el origen de dichos afectos, si estos son relevantes en la relación terapéutica, pueden ser utilizados para avanzar en la misma.

Desde la MBT, la importancia de que el terapeuta monitorice sus estados internos recae en que se los pueda comunicar al paciente. No se trata de una autorevelación, en el sentido de revelar su vida personal, sino de una revelación de sus afectos vinculados a la terapia. Con ello se pretende que el paciente inicie una reflexión acerca de su relación y de cómo ha contribuido al surgimiento de dichos afectos, brindándole una oportunidad para mentalizar sobre la mente de otro. El objetivo general de la MBT es estimular la mentalización del paciente. Esta técnica en concreto, promueve la mentalización sobre la mente de otro. Se busca que el paciente reflexione acerca de la mente del terapeuta y su influencia en la misma, y se pretende que esto le sirva como una práctica para el resto de sus relaciones (Bateman y Fonagy, 2016). El terapeuta puede compartir, por ejemplo, sentimientos generales de miedo o sobreprotección, para investigar qué de la relación lo está llevando a sentirse de esa manera. Entonces, además de incrementar la sensibilidad del paciente en sus relaciones, puede ayudarlo también a descubrir cómo se relaciona con el resto y qué puede generar en ellos.

Por último, cabe señalar que en la MBT, también es importante que el terapeuta se mantenga consciente de sus propios estados internos ya que éstos pueden ayudarlo a decidir la forma de abordar la pseudomentalización del paciente. Bateman y Fonagy (2016) distinguen una serie de emociones vinculadas a cada modo de pseudomentalización. Por ejemplo, dicen que la ansiedad del terapeuta se asocia al modo teleológico del paciente, o que el aburrimiento se asocia al modo simulado. Entonces, proponen que, aunque dichos modos y emociones no están vinculados de forma estricta, la presencia de cualquiera de estas emociones puede servirle de alerta al terapeuta, indicando que debe valorar si el paciente se encuentra en un estado de pseudomentalización.

4.4 *El aquí y el ahora*

Por último, ambas terapias colocan el acento en un elemento que, a pesar de no ser parte del rol del terapeuta, sobre todo en la TFP, está muy vinculado a su persona y a la relación que establece con el paciente: *el aquí y el ahora*.

Este punto tiene especial relevancia en la TFP, ya que para Clarkin et al. (2016) es importante que la relación terapéutica sea el ámbito principal de trabajo. Es verdad que en

todas las interacciones del paciente límite con otras personas se activan representaciones objetales del self y del otro, y que estas se podrían interpretar según lo que cuenta él en terapia. No obstante, la TFP recomienda que las interpretaciones que haga el terapeuta del paciente no sean sobre sus relaciones externas, sino sobre su relación con él, ya que es la relación de la que tiene más información. Los autores consideran que cuando el paciente cuenta algo sobre su relación con otra persona, como por ejemplo, lo abusiva que es su mujer, el terapeuta no tiene cómo saber si los datos que está aportando son objetivos, o si están siendo distorsionados por su estructura psíquica borderline. Por consiguiente, al trabajar sobre su propia relación, el terapeuta podrá tener un mayor insight respecto a la concordancia o distorsión que haya entre la vivencia que tiene el paciente de él, y la realidad.

Por otro lado, la MBT también hace énfasis en que el terapeuta intente centrar el diálogo en el *aquí y el ahora* del contexto terapéutico. El foco de la MBT recae en los estados mentales del paciente. Por ello, Bateman y Fonagy (2016) proponen que la trayectoria de la sesión debería ir desde la narración de los sucesos que haga el paciente sobre los eventos ocurridos fuera de la terapia, hacia una reflexión sobre su vivencia de los mismos en el momento en que ocurrieron, y finalizar intentando que reflexione acerca de cómo se siente hablando de lo ocurrido en el presente, con el terapeuta.

5. Conclusiones

En este trabajo se ha pretendido hacer un análisis comparativo de la TFP y la MBT, analizando los puntos que tienen en común, y en los que se diferencian, con el propósito de contribuir al entendimiento de los factores terapéuticos que pueden ayudar a tratar el TLP. Para ello se han comparado cinco técnicas terapéuticas y cuatro factores vinculados al rol del terapeuta. Tras dicho análisis, se puede decir que, a grandes rasgos, ambas terapias psicoanalíticas tienen mucho en común, a pesar de la importante divergencia en su fundamentación teórica. A continuación se detallarán los puntos más relevantes encontrados.

En cuanto a las técnicas, se destacan la clarificación, la interpretación y la transferencia como técnicas de suma importancia en ambas terapias por igual. En los dos

casos, la clarificación se utiliza de forma similar y con el mismo propósito: a través de preguntas para ayudar a ampliar el entendimiento que tiene el terapeuta sobre el paciente. En cuanto a la interpretación y la transferencia, sin embargo, siendo igual de relevantes en ambas terapias, cumplen intenciones distintas. En la MBT, las interpretaciones van dirigidas a formular alternativas más complejas de lo que describe el paciente, para promover su mentalización, mientras que en la TFP buscan señalar los elementos enfrentados en la psique del paciente, para poder trabajar hacia su integración. Lo mismo ocurre con las transferencias, las cuales se utilizan, en la TFP, como una herramienta para la comprensión del funcionamiento del paciente en cuanto a sus relaciones objetales, pero como una herramienta para fomentar la mentalización en el contexto terapéutico, en la MBT. No obstante, a pesar de estar orientadas a fines distintos, determinados por las distintas fundamentaciones teóricas del trastorno que tiene cada terapia, el papel de estas técnicas es igual de fundamental en ambas, lo cual podría resaltar su pertinencia en el tratamiento de pacientes con TLP, independientemente del propósito detrás de su aplicación. Por otro lado, cabe resaltar que el uso que la MBT y la TFP hacen de las interpretaciones y las transferencias se aleja, en ambos casos, de las propuestas del psicoanálisis clásico, coincidiendo en que el uso tradicional de estas técnicas no sería favorable para el perfil de los pacientes límites.

Así como la clarificación, la interpretación y la transferencia son claros puntos de encuentro entre la MBT y la TFP, el uso de la metáfora y de la validación empática no están tan alineados entre ambas terapias. Respecto a las metáforas, existe un claro desacuerdo en cuanto a su pertinencia en el tratamiento del TLP. La TFP fomenta su uso, sosteniendo que facilitan que el paciente pueda hablar sobre sus representaciones objetales complejas, mientras que la MBT argumenta que constituyen un riesgo, ya que pueden fomentar la pseudomentalización. Por ello, no se podría establecer con certeza su conveniencia para el tratamiento del TLP. En cuanto a las valoraciones empáticas, el resultado es parecido. Según la fundamentación teórica de la MBT, las valoraciones empáticas ayudan a fomentar la mentalización adecuada por parte del paciente, reduciendo su arousal. Por ello, ponen gran énfasis en que estén presentes a lo largo de toda la terapia. Sin embargo, a pesar de reconocer sus beneficios, la TFP no les atribuye un carácter de necesidad. Por lo tanto, la conveniencia del uso de metáforas y la importancia de las

validaciones empáticas, para el tratamiento del TLP, es cuestionable según el marco teórico de cada terapia.

En relación al papel del terapeuta, se elaboró sobre los siguientes elementos: su rol como modelo para el paciente, su carácter no omnisciente, su deber de monitorizar sus propios estados internos y la importancia de la relación terapéutica para trabajar en el aquí y el ahora. Tras dicho análisis, se puede decir que si bien existen diferencias en cuanto a la fundamentación teórica con la que cada terapia los sustenta y el énfasis que pone en cada uno de estos factores, el papel del terapeuta es sumamente relevante en ambas terapias. Tanto la TFP como la MBT le atribuyen un papel fundamental al terapeuta, incentivando que se mantenga activo a lo largo del proceso terapéutico y que utilice su relación con el paciente como un vehículo para el desarrollo del tratamiento.

Según lo estudiado, se pueden hacer ciertas inferencias sobre los elementos terapéuticos que parecen beneficiar a los tratamientos para pacientes con TLP. Sin embargo, no pueden extraerse conclusiones certeras, ya que el análisis realizado es limitado. En primer lugar, solo se han analizado dos terapias del corte psicoanalítico, por lo que se han dejado fuera otras perspectivas, como la Cognitiva o la Cognitivo Conductual, que podrían tener puntos de vista distintos respecto a los elementos terapéuticos estudiados. Por ello, en futuras investigaciones cabría comparar los mismos elementos terapéuticos con otras terapias, como la Terapia Dialéctica Conductual o la Terapia Basada en los Esquemas. Esto permitiría verificar si los elementos terapéuticos encontrados relevantes en la TFP y la MBT (como las clarificaciones, las interpretaciones, las transferencias y el papel activo del terapeuta) son igual de efectivos en el resto de tratamientos desarrollados para el TLP hasta el momento, así como para aclarar hasta qué punto son recomendables, o no, aquellos elementos en los que no coincidían del todo ambas terapias (como en el uso de las metáfora y las validaciones empáticas). Por otro lado, solo se han analizado algunas de las técnicas sugeridas por la MBT y la TFP. Se podría llevar a cabo el mismo proceso con otras de ellas, para así lograr un análisis comparativo aún más profundo.

Por último, cabe resaltar que no todos los pacientes con estructuras límites son iguales. La DSM propone 9 posibles criterios diagnósticos, pero solo hace falta que el individuo presente 5 para considerarse que tiene TLP. Por lo tanto, se pueden encontrar pacientes más o menos agresivos, pacientes que se autolesionan o no, pacientes con más o

menos dificultades en el control de impulsos, etc. A raíz de este trabajo, también cabría plantearse si las diferencias entre ambas terapias podrían resultar especialmente beneficiosas según el paciente límite en tratamiento: los elementos resaltados en la MBT podrían hacerla más adecuada para un determinado perfil de paciente con TLP, mientras que los resaltados por la TFP podrían hacerla más útil para unos perfiles distintos. Por ejemplo, cabría pensar que el énfasis en la validación empática del terapeuta, presente en mayor medida en la MBT, se adecuaría más a pacientes con un mayor grado de inestabilidad afectiva, ya que estos pacientes necesitarían una mayor regulación del arousal. Por el contrario, para estos mismos pacientes, el uso de metáforas sugerido por la TFP, podría resultar iatrogénico con mayor probabilidad. Del mismo modo, se podría hipotetizar que el foco en las relaciones objetales que tiene la TFP, la haría más adecuada para pacientes con un mayor grado de inestabilidad en su autoimagen. El uso de las metáforas en la TFP podría realmente favorecer a estos pacientes, aportándoles una imagen más clara de referencia respecto a sí mismos.

El análisis realizado abre las puertas a este tipo de cuestionamientos, y los resultados extraídos pueden ser puntos de partida para futuras investigaciones, dirigidas, no solo al desarrollo de la TFP y la MBT y sus aplicaciones, sino también al de otras terapias para el tratamiento del TLP.

6. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barlow, D., & Durand, V. (2003). *Psicopatología* (3ª ed.). Madrid, España: Paraninfo.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mechanisms of change in mentalisation-based therapy with BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430. doi:10.1002/jclp.20241
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816926/>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad: una guía práctica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Castro, A., Fontao, M., & Quiroga, S. (2003). La evaluación de la estructura de la personalidad: Adaptación argentina del inventario de organización de la personalidad (IPO). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 3, 188-219. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/510>
- Clarkin, J., Kernberg, O., Levy, K., Scott, L., Wasserman, R., & Yeomans, F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 481-501. Recuperado de <http://frankyeomans.com/assets/Levy%20et%20al%20Mechanisms%20in%20TFP%20JCP.pdf>
- Clarkin, J., Kernberg, O., & Yeomans, F. (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia: su aplicación al trastorno límite de la personalidad*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. doi:10.1017/S0954579409990198

- Lanza, G. (2010). La mentalización en la práctica clínica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 34. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=630&a=La-mentalizacion-en-la-practica-clinica>
- Maroda, K. (2010). *Psychodynamic techniques: working with emotion in the therapeutic relationship*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Pérez, L. (2011). Trastorno límite (borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(1), 20-25. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/04_LP.pdf
- Sánchez, S., & Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción psicológica*, 10(1), 21-32. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>
- Somavía, J. (2008). Psicoterapia centrada en la transferencia: Objetivos centrales y mecanismos de cambio. Recuperado de <http://www.ichtp.cl/articulos.html>