

Frank E. Yeomans · John F. Clarkin · Otto F. Kernberg

PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA **TRANSFERENCIA**

Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad

2^a
edición



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

FRANK E. YEOMANS
JOHN F. CLARKIN
OTTO F. KERNBERG

**PSICOTERAPIA CENTRADA
EN LA TRANSFERENCIA**

Su aplicación al trastorno límite de la personalidad

Manual clínico para profesionales

2ª edición

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Título de la edición original:
TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY
for Borderline Personality Disorder
© 2015 American Psychiatric Publishing
una División de American Psychiatric Association
Arlington, VA, USA. All rights reserved.

Traducción: Francisco Campillo Ruiz

1ª edición: noviembre 2016
2ª edición: septiembre 2022

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2016
Henao, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com
Facebook: EditorialDesclee
Twitter @EdDesclee

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España - Printed in Spain
ISBN: 978-84-330-2883-9
Depósito Legal: BI-1451-2016

Índice

Prefacio	9
Videoguía	17
1. La naturaleza de la organización normal y anormal de la personalidad	21
2. Desarrollo empírico de la psicoterapia centrada en la transferencia: proceso de investigación clínica	59
3. Estrategias de la psicoterapia centrada en la transferencia	107
4. Fase de valoración: evaluación clínica y selección para el tratamiento	141
5. Establecimiento del marco del tratamiento: contrato terapéutico, medicación y tratamientos adicionales	165
6. Técnicas de tratamiento: intervenciones momento a momento y mecanismos de cambio.	237
7. Tácticas de tratamiento y problemas clínicos específicos.	329

8. Fase inicial del tratamiento: intentos de poner a prueba el marco terapéutico, contención de impulsos e identificación de díadas	415
9. Fase intermedia del tratamiento: movimiento hacia la integración, junto con episodios de regresión	457
10. Fase avanzada del tratamiento y finalización	511
11. Trayectorias que puede seguir el cambio en la psicoterapia centrada en la transferencia	555
Referencias bibliográficas	579

Prefacio

La gestación de un nuevo tratamiento es un proceso prolongado y altamente técnico que incluye una serie de pasos sucesivos, desde el examen de la patología del paciente a la elaboración de los principios y directrices del tratamiento, y la investigación empírica de la efectividad del tratamiento en diferentes condiciones. Bajo nuestra dirección (el director Otto Kernberg, el codirector John Clarkin, y el director de formación Frank Yeomans), el Instituto de Trastornos de la Personalidad, dependiente del Hospital Presbiteriano y del Centro Médico de la Universidad Weill Cornell, ambos de Nueva York, lleva dedicándose al análisis y al tratamiento de los trastornos graves de la personalidad desde el año 1980. Cuando iniciamos esta empresa, se sumaron a nuestro esfuerzo algunos clínicos expertos tales como los Drs. Ann Appelbaum, Steven Bauer, Arthur Carr, Paulina Kernberg, Harold Koenigsberg, John Oldham y Michael Selzer. A lo largo de los años, hemos visto reforzado nuestro esfuerzo grupal con la colaboración de nuevos clínicos expertos (Monica Carsky, Jill Delaney y Kay Haran) y de investigadores clínicos experimentados en el ámbito de la psicopatología y la psicoterapia (Nicole Cain, Eve Caligor, Diana Diamond, Karin Ensink, Mark Lenzenweger, Kenneth Levy, Kevin Meehan, Lina Normandin, Mallay Occhiogrosso y Barry Stern). También hemos contado con la colaboración de algunos neurocientíficos tales como B.J. Casey, Michael Posner y David Silbersweig.

Nuestro primer manual de tratamiento para pacientes con una organización límite de la personalidad apareció en 1999 (Clarkin *et al.*, 1999). Pero el modelo de tratamiento que describimos aquí, a saber, la psicoterapia centrada en la transferencia, no constituye un enfoque estático. A medida que hemos ido acumulando experiencia en el tratamiento con una amplia gama de pacientes con patología límite, y que nuestra comprensión de la patología límite se ha ido viendo enriquecida por los avances teóricos y por los datos procedentes de los estudios evolutivos y neurocognitivos, el propio tratamiento se ha visto ampliado y mejor definido. Nuestro objetivo específico continúa siendo el de sistematizar un tratamiento para el trastorno de la personalidad en sí, y ya no únicamente para los síntomas derivados de la estructura patológica de personalidad. Nuestro objetivo más ambicioso y de largo alcance consiste en modificar la organización y la estructura básicas de la personalidad del individuo en tratamiento. Adicionalmente, los avances tecnológicos acontecidos también nos han permitido combinar el texto escrito con las vídeo-ilustraciones de diferentes aspectos del tratamiento (disponibles *online* en la dirección www.appi.org/Yeomans), con objeto de reforzar la utilidad pedagógica de este manual. Les damos las gracias a Fatih Ozbay y Alexander Lau por la ayuda brindada en la realización de los vídeos, y a Victor Yalom y Psychotherapy.net por su autorización para reproducir algunas secciones del vídeo 1, que incluye la entrevista estructural ideada por el Dr. Kernberg. Les estamos agradecidos a Michele Athena Morgen y a Hendrik Grashuis, por su habilidosa interpretación actoral en nuestros vídeos de demostración. También le estamos agradecidos a Liam Ó Broin por brindar su autorización para reproducir su dibujo de una joven en la portada del libro [edición original de la American Psychiatric Publishing, 2015]. Con ello, Mr. Ó Broin, que en su momento realizó un retrato del Dr. Kernberg, contribuye ahora también a ilustrar un libro que ocupa un lugar central en su labor clínica.

El desarrollo y el avance del tratamiento de los trastornos límites de la personalidad a lo largo de los últimos 25 años, ha sido verdaderamente espectacular. En el Instituto de Trastornos de la Personalidad hemos tenido la fortuna de poder mantener un contacto especial

con otros dos grupos de expertos e investigadores interesados en este mismo ámbito. En los primeros años de nuestra labor, tuvimos la suerte de conocer a la Dra. Marsha Linehan y de beneficiarnos de su asesoramiento en relación con nuestra primera subvención para la creación de un nuevo modelo de tratamiento [para su aplicación a los trastornos graves de la personalidad] financiada por el Instituto Nacional de Salud Mental. También pudimos disfrutar de la presencia de la Dra. Linehan en nuestra universidad durante una parte de su año sabático, y tuvimos la oportunidad de comparar nuestro enfoque con sus ideas emergentes acerca de la terapia conductual dialéctica.

También hemos tenido la gran suerte de disfrutar del contacto amistoso y colaborador [*collegial*] con el Dr. Peter Fonagy y el Dr. Anthony Bateman [ambos de la University College London], que idearon y desarrollaron el enfoque basado en la mentalización, aplicado al tratamiento de los pacientes *borderline*. Como presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional, el Dr. Kernberg fue decisivo a la hora de promover un enfoque empírico para la orientación psicoanalítica aplicada al tratamiento de los pacientes psiquiátricos. Fue un elemento clave a la hora de promover el Programa de Formación en Investigación, ofrecido por la Asociación Psicoanalítica Internacional y la Universidad Colegio de Londres para favorecer la gestación de especialistas e investigadores. Los Drs. Fonagy y Clarkin llevan trabajando juntos más de 18 años desde el inicio del Programa de Formación en Investigación, y compartiendo ideas, datos y presentaciones en PowerPoint, además de muchas horas placenteras de colaboración en relación con la patología y el tratamiento de pacientes *borderline*.

En condiciones óptimas, los avances clínicos y de investigación se enmarcan dentro de un proceso de colaboración. Mientras estábamos desarrollando y probando los efectos de la psicoterapia centrada en la transferencia en suelo estadounidense, alentamos igualmente los contactos profesionales con otros grupos de clínicos y especialistas en (aproximadamente por el siguiente orden) Alemania, Austria, Canadá, Países Bajos, Italia, España, Suiza, Chile, Reino Unido, México, Brasil, Dinamarca, Turquía, Polonia, Suecia, Argentina y Australia. Gracias a la visión y a los esfuerzos excepcionales del Dr. Peter

Buchheim [de la Universidad Técnica de Múnich], pudimos alentar y respaldar la realización de un ensayo clínico aleatorizado de la psicoterapia centrada en la transferencia en Múnich (Alemania) y Viena (Austria) (Doering *et al.*, 2010), los resultados del cual reforzaron nuestra convicción respecto de que nuestro enfoque podía ser eficaz en otras culturas occidentales.

A lo largo nuestra labor con la psicoterapia centrada en la transferencia aplicada a pacientes adultos con una organización *borderline* de la personalidad, también hemos elaborado una guía de tratamiento para la aplicación de nuestro enfoque a pacientes con una organización de personalidad de nivel superior. Este trabajo lo llevamos a cabo junto con nuestra colega la Dra. Eve Caligor (Caligor *et al.*, 2007). Con objeto de abarcar a los adolescentes límites, hemos desarrollado una ampliación de la psicoterapia centrada en la transferencia aplicada a este grupo de edad, con la ayuda de nuestros colegas la Dra. Lina Normandin y la Dra. Karin Ensink.

En Nueva York, la psicoterapia centrada en la transferencia se presenta como un programa de formación optativo y de postgrado que goza de una gran aceptación, en el marco del Centro para la Formación y la Investigación Psicoanalítica, dependiente de la Universidad de Columbia. Los seminarios y los grupos de supervisión *online* han ampliado las posibilidades de formación. Se está incorporando un módulo en psicoterapia centrada en la transferencia en un número cada vez mayor de programas de formación para médicos residentes en psiquiatría, en el marco de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Weill Cornell, el Centro Médico Langone de la Universidad de Nueva York, y el Hospital Monte Sinaí. Además, la psicoterapia centrada en la transferencia se enseña en los programas de postgrado en psicología clínica, incluidos los programas doctorales de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, la Universidad Estatal de Pensilvania, y la Université Laval [Quebec, Canadá].

Esta nuestra más reciente versión de nuestro enfoque de tratamiento es, por tanto, un producto en colaboración sobre la base del trabajo realizado en el Instituto de Trastornos de la Personalidad de Nueva York por nuestros colegas de Estados Unidos, y por nuestros

colegas internacionales dedicados a mejorar el tratamiento de pacientes con trastornos graves de la personalidad. Este esfuerzo en colaboración ya no solo es placentero, sino que igualmente refuerza la aplicabilidad de los principios de la psicoterapia centrada en la transferencia a otros contextos culturales diferentes. En razón de ello, nos sentimos agradecidos.

Este libro está dirigido a todos los profesionales de la salud mental que trabajan con sujetos que presentan modalidades de trastornos de la personalidad que oscilan de moderadas a graves. Nuestra investigación se ha llevado a cabo con pacientes que tenían el diagnóstico DSM-IV de trastorno límite de la personalidad (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994), pero en el presente libro nos centramos en el grupo más amplio de pacientes con una organización *borderline* de la personalidad. Así pues, en el texto los términos *borderline* y *patología borderline* aluden a la organización *borderline* de la personalidad, categoría que incluye al trastorno límite de la personalidad, el cual implica una definición más restringida. Analizamos los elementos esenciales de la patología límite (capítulos 1 y 2) y describimos el proceso de valoración inicial y las distintas estrategias, tácticas y técnicas de la psicoterapia centrada en la transferencia (capítulos 3 al 7). En los capítulos 8 al 10 nos centramos en describir la fase inicial, intermedia y final de nuestro tratamiento a largo plazo, el cual tiene por objeto introducir cambios en los síntomas y en la personalidad. En el capítulo 11 revisamos las distintas formas de entender las diferentes trayectorias que puede adoptar el cambio en los pacientes *borderline* tratados con la psicoterapia centrada en la transferencia.

En las etapas iniciales de nuestra labor, el Dr. Gerald Klerman nos señaló que un manual de tratamiento debía combinar los distintos principios de la intervención junto con algunos casos clínicos que ejemplificasen dichos principios tal como se aplican en la práctica en distintas situaciones más o menos diferentes. Nos tomamos en serio este consejo, y a lo largo del presente libro combinamos el análisis en profundidad de los casos individuales con la exposición de los principios del tratamiento. Dada la diversidad del trastorno grave de la personalidad [i.e. de la organización *borderline* de la personalidad],

cada paciente y su tratamiento son únicos, y en razón de ello combinamos los principios de la intervención con su aplicación a la situación individual. El peligro de cualquier manual de tratamiento es que se pueda utilizar a la manera de una secuencia de pasos numerados para pintar un cuadro. La aplicación literal de este manual generaría un producto sin vida. En lugar de ello, hemos tratado de describir la preparación del lienzo, seguida del despliegue del mundo interno del paciente, en el contexto de la interrelación vivaz y a menudo intensa con el terapeuta a lo largo del tiempo. A este respecto, nos gustaría mostrar nuestro reconocimiento a los pacientes que hemos tenido la oportunidad de tratar y darles las gracias por todas las cosas que nos han enseñado. Desgraciadamente, continúa siendo cierto que el trastorno límite de la personalidad y las personas que lo tienen, están sujetos a una constante malinterpretación, a la estigmatización, y a la falta de recursos terapéuticos adecuados. Nos gustaría darles las gracias a Bea y Michael Tusiani, a Paula Tusiani-Eng, a la Dra. Winifred Christ, y al Centro de Recursos para el Trastorno Límite de la Personalidad, de Nueva York, por su incansable labor a la hora de abordar estos problemas.

Este libro pretende informar al lector de las distintas estrategias, tácticas y técnicas de la psicoterapia centrada en la transferencia tal como se aplican a lo largo del tiempo en el tratamiento de los pacientes con un trastorno límite de la personalidad y una organización *borderline* de la personalidad. Para cumplir este objetivo, el libro contiene tanto los principios del tratamiento como la explicación de dichos principios en su aplicación a los pacientes individuales y a sus situaciones únicas. Este es el proceso que cualquier profesional deberá reproducir: la aplicación de los principios de la psicoterapia centrada en la transferencia a las especificidades concretas del paciente individual. Este método [i.e., de combinar los principios de la intervención con ilustraciones de su aplicación a distintos casos clínicos] le hace justicia tanto al tratamiento dinámico a largo plazo –que no se puede aplicar eficazmente de una forma predeterminada y al pie de la letra–, como a la individualidad del paciente.

Le debemos una mención especial de gratitud a los dos jefes del departamento de psiquiatría de la Escuela Superior de Medicina de

la Universidad Weill Cornell, bajo cuya orientación y apoyo hemos tenido el privilegio de trabajar. El Dr. Robert Michels y el Dr. Jack Barchas han apreciado nuestros esfuerzos, han alentado nuestra perseverancia y han tolerado nuestros errores.

Frank E. Yeomans

John F. Clarkin

Otto F. Kernberg

Videoguía

Un añadido importante a esta ultimísima descripción de nuestro modelo de terapia lo constituye la inclusión de ilustraciones del tratamiento en formato de vídeo. La naturaleza individualizada de la psicoterapia –específica de cada día concreta paciente-terapeuta– hace necesaria la presentación de cierta aclaración respecto de cómo utilizar los ejemplos grabados en vídeo que acompañan a este texto. Al igual que sucede con cualquier sesión real de terapia, las vídeo-ilustraciones ponen de relieve una interacción única que no será exactamente igual a ninguna otra sesión. No obstante esto, nos hemos decidido a ensamblar ejemplos que brindan ilustraciones relativamente claras respecto de los principios y de las técnicas de la terapia en el momento de la acción real. Cada una de las sesiones viene acompañada de un comentario que relaciona el diálogo y la interacción que aparecen en la sesión con el material presentado en los capítulos que versan sobre las diferentes estrategias, tácticas y técnicas. Dado que las sesiones de terapia constituyen el punto de intersección donde confluyen una serie de ideas y una experiencia compartida, en los vídeos tratamos de ilustrar la necesidad que tiene el terapeuta de “pensar con la máxima rapidez” respecto de qué está sucediendo entre el paciente y él, y respecto de qué forma la interacción actual guarda relación con la problemática del paciente y con la propia vivencia interior del terapeuta.

El vídeo 1-1, “Descripción de uno mismo y descripción de otra persona”, se debería ver después de leer el capítulo 4, “Fase de valoración”. Este vídeo ofrece una breve visión respecto de la parte de la entrevista estructural en la que el terapeuta le pide al paciente que se describa a sí mismo y que describa a otra persona. El segmento pone de manifiesto cuán difíciles son estas preguntas aparentemente simples, y muestra el tipo de respuestas que puede dar alguien cuya estructura interna está marcada por la difusión de la identidad. Los otros segmentos de vídeo ejemplifican el uso de las tácticas y de las técnicas de la psicoterapia centrada en la transferencia. Los vídeos 1-2 y 1-3 (“Neutralidad técnica y confrontación con tacto”), al igual que el vídeo 1-1, están extraídos de un vídeo de demostración que está disponible en su integridad en *Psychoanalytic Psychotherapy* y que se puede encontrar en www.psychotherapy.net/video/psychoanalytic-psychotherapy-otto-kernberg. Estos segmentos ejemplifican el momento de la terapia en el que el terapeuta ha recabado la suficiente información a partir del proceso de clarificación como para proceder a introducir algunas confrontaciones sutiles y las primeras interpretaciones. Estos vídeos se deberían ver después de leer el capítulo 6, “Técnicas de tratamiento”.

Los vídeos 2-1 y 2-2, “Sesión prevacacional”, con Betty y el Dr. Em, deberían verse también después de leer el capítulo 6. El comentario brindado al final de dicho capítulo explica de qué forma esta primera parte de una sesión ilustra la interrelación entre desentrañar la díada activada, prestar atención al marco terapéutico, y ofrecer una interpretación. El fragmento de sesión también muestra de qué forma la contención y la interpretación de un afecto pueden ayudar al paciente a pasar de “actuar” [*acting out*] el afecto a reflexionar sobre el mismo.

Los vídeos 3-1, 3-2, y 3-3, “Estallido emocional”, se deberían ver después de leer el capítulo 7, “Tácticas de tratamiento y problemas clínicos específicos”. Aunque, como sucede con los otros vídeos, los distintos elementos de la terapia aparecen entremezclados, estas sesiones ejemplifican de qué forma el terapeuta, el Dr. Hamilton, aborda tanto el riesgo de que el paciente abandone el tratamiento

como el fenómeno de los estallidos emocionales. El Dr. Hamilton ayuda a Carolyn, la paciente, a desentrañar la vivencia de sí misma y del otro que subyace a los problemas, y a ganar conciencia respecto de otras partes de su mundo interno que están actualmente escindidas y que encuentran su expresión a través de otros canales de comunicación.

Es preciso advertir que los vídeos se basan en casos reales de terapia, pero estos casos han sido: 1) altamente desfigurados, y 2) combinados en distintas sesiones compuestas para preservar la confidencialidad de los pacientes. Todos los pacientes que aparecen en los vídeos son actores y no verdaderos pacientes, y cualquier parecido con personas reales es absolutamente fortuito. El lector debe advertir que aunque los actores (Michele Athena Morgen y Frank Yeomans) son los mismos en “Sesión prevacacional” y “Estallido emocional”, las sesiones representan dos terapias diferentes.

▶ **Vídeo-ilustración:** Las señales de vídeo que aparecen en el texto permiten identificar las escenas mediante el título correspondiente y el tiempo de duración.

Los vídeos se pueden ver *online* entrando en www.appi.org/Yeomans y utilizando el reproductor de vídeo que aparece incorporado a la página web. Los vídeos han sido adaptados para hacer posible su visión en la mayoría de los sistemas operativos actuales, incluidos los sistemas operativos móviles iOS 5.1 y Android 4.1, así como demás versiones más recientes.

Nota importante: estos vídeos no forman parte del acuerdo para la edición española de esta obra, por lo que se visualizan en su versión original en inglés.

Videoscenas

El lector debe ser consciente de que los vídeos 1-2 y 1-3 (“Neutralidad técnica y confrontación con tacto”), 2-1 y 2-2 (“Sesión prevacacional”), y 3-1, 3-2 y 3-3 (“Estallido emocional”) representan cada

uno de ellos, en su agrupación serial, una única sesión que por razones técnicas no tuvo la separación que hubiera sido necesaria. El lector deberá considerar cada una de estas series como una sesión ininterrumpida.

Capítulo 4. Fase de valoración: evaluación clínica y selección para el tratamiento.

Vídeo 1–1: Descripción de uno mismo y descripción de otra persona (4:24).

Capítulo 6. Técnicas de tratamiento: intervenciones momento a momento y mecanismos de cambio.

Vídeo 1–2: Neutralidad técnica y confrontación con tacto, parte 1 (9:15).

Vídeo 1–3: Neutralidad técnica y confrontación con tacto, parte 2 (10:08).

Vídeo 2–1: Sesión prevacacional, parte 1 (9:24).

Vídeo 2–2: Sesión prevacacional, parte 2 (6:12).

Capítulo 7. Tácticas de tratamiento y problemas clínicos específicos.

Vídeo 3–1: Estallido emocional, parte 1 (9:28).

Vídeo 3–2: Estallido emocional, parte 2 (9:26).

Vídeo 3–3: Estallido emocional, parte 3 (10:10).

Capítulo 8. Fase inicial del tratamiento: intentos de poner a prueba el marco terapéutico, contención de impulsos e identificación de diadas.

Vídeo 2–1: Sesión prevacacional, parte 1 (9:24).

Vídeo 2–2: Sesión prevacacional, parte 2 (6:12).

Vídeo 3–1: Estallido emocional, parte 1 (9:28).

Vídeo 3–2: Estallido emocional, parte 2 (9:26).

Vídeo 3–3: Estallido emocional, parte 3 (10:10).

Capítulo 9. Fase intermedia del tratamiento: movimiento hacia la integración junto con episodios de regresión.

Vídeo 2–1: Sesión prevacacional, parte 1 (9:24).

Vídeo 2–2: Sesión prevacacional, parte 2 (6:12).

1 La naturaleza de la organización normal y anormal de la personalidad

El modelo de trastorno de la personalidad y de tratamiento del mismo que describimos en este libro se basa en la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones objetales, tal como ha sido desarrollada por Kernberg (1984, 1992) y ampliada con ayuda de la investigación fenomenológica y neurobiológica actual (Clarkin & De Panfilis, 2013; Clarkin & Posner, 2005; Depue & Lenzenweger, 2001). Una de las premisas fundamentales de la concepción y el tratamiento psicodinámico de los pacientes con trastornos de la personalidad es que las conductas observables y las alteraciones subjetivas que se observan en dichos pacientes reflejan las características patológicas de las estructuras psicológicas subyacentes, y la forma en que dichas estructuras favorecen el logro de un equilibrio satisfactorio entre las dificultades internas y externas que debe afrontar todo individuo. En consonancia con esta concepción, en primer lugar revisaremos las conductas y los síntomas observables de los pacientes con un trastorno límite de la personalidad. Después de revisar las conductas observables analizadas en la bibliografía empírica sobre el tema, describiremos la naturaleza de la personalidad desde el punto de vista de las relaciones objetales, en el sentido de las estructuras psicológicas subyacentes que suponemos que canalizan las conductas observables. Tanto las conductas observables como las estructuras subyacentes configuran

nuestro modelo de nosología diagnóstica para explicar la patología de la personalidad, desentrañar los problemas de evaluación clínica, y trazar los objetivos de la intervención terapéutica.

En este capítulo no expondremos una revisión exhaustiva de la patología *borderline* porque ya lo hemos hecho en otro lugar (Clarkin *et al.*, en prensa). Nuestro principal objetivo aquí será brindarle al profesional clínico un modelo de patología límite que reviste una importancia esencial para la evaluación experta y para la planificación del tratamiento. Es útil que el profesional pueda disponer tanto de una imagen general de la patología *borderline* tal como se puede observar fenomenológicamente, como igualmente de un modelo de las representaciones mentales de sí mismo y de los otros [i.e., del *self* y objetales] que dichos pacientes han internalizado a partir de sus experiencias evolutivas. A pesar de las insuficiencias de los modelos de patología *borderline* que existen actualmente (Lenzenweger & Clarkin, 2005), el clínico necesita tener un modelo de trabajo cercano a la experiencia real respecto del trastorno límite, a fin de poder guiar sus intervenciones momento a momento en su relación con el paciente. Así pues, en este capítulo describiremos la patología *borderline* primeramente desde una perspectiva fenomenológica, y a continuación desde una perspectiva estructural.

Dos enfoques (descriptivo y estructural) para explicar la patología límite

Otto Kernberg y John Gunderson fueron figuras claves en la descripción de la patología *borderline* y en la descripción del síndrome conocido actualmente como *trastorno límite de la personalidad*, tal como fue definido primeramente en el DSM-III (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980). Los conceptos de estructura preesquizofrénica de la personalidad, estados límites, caracteres psicóticos y personalidad *borderline* se desarrollaron a partir de la experiencia del tratamiento clínico con pacientes gravemente perturbados y polisintomáticos (Kernberg, 1975). Knight (1954), por ejemplo, describió la debilidad del yo que llevaba a vivenciar regresiones graves

en la transferencia, y la necesidad de modificar los enfoques psicoterapéuticos tradicionales. Sobre la base de sus experiencias con pacientes con un trastorno grave de la personalidad, los cuales fueron estudiados como parte del Proyecto de Investigación en Psicoterapia, dependiente de la Fundación Menninger, Kernberg (1975) describió a estos pacientes señalando que tenían una estructura psicológica patológica específica estable, que difería de la estructura psicológica que se podía observar en los pacientes neuróticos y de la que se podía observar en los pacientes pertenecientes al espectro psicótico, y definió a este grupo de pacientes en tanto que individuos con una *organización borderline de la personalidad*. Sometidos al tratamiento psicoanalítico clásico, estos pacientes mostraban una predisposición a desarrollar una pérdida de la prueba de realidad e ideas delirantes limitadas al contexto de la transferencia. Sirviéndose de los conceptos derivados de la escisión defensiva [*splitting*] (Fairbairn, 1943; Jacobson, 1954, 1957, 1964; Klein, 1946), Kernberg describió a estos pacientes desde la perspectiva tanto de la patología descriptiva como del nivel de organización estructural, incluyendo en la descripción clínica la falta de tolerancia a la ansiedad, el control deficiente de impulsos, la ausencia de canales sublimatorios suficientemente desarrollados (debilidad del yo), y la presencia de unas relaciones objetales internalizadas patológicas.

Mientras Kernberg (1975, 1984) describía a estos pacientes desde la perspectiva de la patología descriptiva y de las características estructurales, otros investigadores (Grinker *et al.*, 1968; Gunderson y Kolb, 1978) utilizaban un enfoque exclusivamente descriptivo para identificar a los pacientes que manifestaban afectos intensos, en especial rabia y depresión, y a los posibles subgrupos dentro de dichos pacientes. Muchas de las características descriptivas mencionadas a propósito de estos pacientes fueron utilizadas para formular el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad por primera vez dentro del sistema diagnóstico (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980).

En lo que resta del presente capítulo describiremos la patología *borderline* desde una perspectiva estructural, derivada de la teoría de las relaciones objetales. En el capítulo 2, “Desarrollo empírico de la

psicoterapia centrada en la transferencia”, combinaremos el modelo estructural con el creciente corpus de investigación respecto del funcionamiento conductual y neurocognitivo de los pacientes con patología límite.

La patología límite: su organización estructural

Una de las premisas fundamentales de la concepción y el tratamiento psicodinámico de los pacientes con trastornos de la personalidad es que las conductas observables y las alteraciones subjetivas de dichos pacientes constituyen el reflejo de las características patológicas de las estructuras psicológicas subyacentes. Una *estructura psicológica* es un modelo estable y duradero de funcionamiento mental, en torno al cual se organiza la conducta del individuo, sus percepciones y su experiencia subjetiva. Una característica central de la estructura psicológica de los pacientes con trastornos graves de la personalidad sería la naturaleza y el grado de integración del sentido del *self* y de los otros. El nivel de organización estructural de la personalidad correlativo a la gravedad del trastorno de la personalidad –que abarcaría del nivel normal al nivel neurótico, *borderline* y psicótico– dependerá en gran medida de dicho grado de integración.

La teoría de las relaciones objetales (Jacobson, 1964; Kernberg, 1980; Klein, 1957; Mahler, 1971) enfatiza que los impulsos descritos por Freud –libido y agresión– se vivencian siempre en relación con un otro específico, esto es, un objeto del impulso. Las *relaciones objetales internalizadas* son los elementos constitutivos fundamentales de las estructuras psicológicas, y hacen las veces de organizadores de la motivación y de la conducta. Estos elementos constitutivos son unidades compuestas de una representación de sí mismo [representación del *self*] y de una representación de un otro [representación objetal], vinculados por un afecto relacionado con un impulso, o que lo representa (figura 1.1). Estas unidades compuestas del *self*, un otro, y el afecto que los vincula, constituyen las *díadas relacionales-objetales*. Es importante advertir que el *self* y el objeto incluidos dentro de la díada no constituyen ni representaciones internas objetivas

de la totalidad del *self* o del otro, ni representaciones objetivas de relaciones reales acontecidas en el pasado, sino que antes bien constituyen representaciones del *self* y de un otro tal y como fueron vivenciadas e internalizadas en determinados momentos específicos y afectivamente muy cargados en el tiempo durante el trascurso del desarrollo temprano, y tal y como en un segundo momento fueron procesadas por fuerzas internas tales como los afectos primarios y las fantasías primarias.

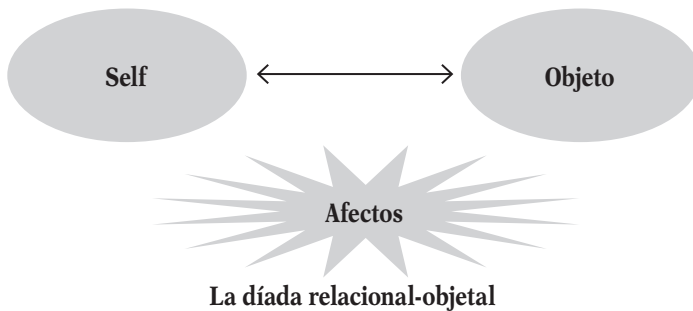


Figura 1.1. Fundamentos teóricos de la psicoterapia centrada en la transferencia: la teoría de las relaciones objetales

El desarrollo normal de la personalidad y sus desviaciones anormales

La patología de la personalidad se pone agudamente de relieve cuando se la contrasta con una concepción clara respecto del funcionamiento de la personalidad normal. Tanto en la evaluación (capítulo 4, “Fase de valoración”) como en el tratamiento, el terapeuta que practica nuestro enfoque comparará constantemente el funcionamiento del paciente con el funcionamiento del individuo que tiene un nivel normal de organización de la personalidad. Los objetivos del tratamiento se van alcanzando a lo largo de los sucesivos pasos del proceso de ayudar al paciente a avanzar del funcionamiento anormal de la personalidad al funcionamiento normal (tabla 1.1).

La *personalidad* representa la integración de los estilos conductuales arraigados en el temperamento, las capacidades cognitivas, el

Tabla 1.1. Aspectos integrantes de los distintos niveles de organización de la personalidad

	Organización borderline	Organización neurótica	Organización normal
<i>Identidad</i>	Sentido incoherente de sí mismo y de los otros; investimentos deficitarios en el ámbito del trabajo, las relaciones y el tiempo libre.	Sentido coherente de sí mismo y de los otros, pero con la presencia de un elemento de la vida psíquica que no acaba de estar plenamente integrado; investimentos significativos en el ámbito del trabajo, las relaciones y el tiempo libre.	Sentido integrado de sí mismo y de los otros; investimentos significativos en el ámbito del trabajo, las relaciones y el tiempo libre.
<i>Defensas</i>	Utilización de defensas primitivas.	Utilización de defensas más avanzadas; rigidez.	Utilización de defensas más avanzadas; flexibilidad.
<i>Prueba de realidad</i>	Empatía variable con los criterios sociales compartidos para definir la realidad; presencia de cierta confusión y distorsión entre <i>self</i> y <i>no-self</i> , interno y externo.	Percepción adecuada del <i>self</i> vs. <i>no-self</i> , interno vs. externo; empatía con los criterios sociales de realidad.	Percepción adecuada del <i>self</i> vs. <i>no-self</i> , interno vs. externo; empatía con los criterios sociales de realidad.

carácter, y los sistemas de valores internalizados (Kernberg & Caligor, 2005). El *temperamento* alude a la disposición constitucional hacia un modelo de reacción a los estímulos internos y ambientales; ello incluye la intensidad, el ritmo y los umbrales de activación de las respuestas afectivas. Los umbrales de base constitucional para la activación de los afectos positivos, placenteros y gratificantes, y para la activación de los afectos negativos y dolorosos, representan el vínculo más importante entre los aspectos biológicos y los aspectos psicológicos de la personalidad (Kernberg, 1994). La intensidad, la modalidad y la gama de afectos manifestados por los niños dentro de la secuencia del desarrollo, son importantes para poder comprender la organización *borderline* de la personalidad. No es de extrañar que los afectos estén relacionados con el contexto asociado a los cuidados primarios recibidos (Kochanska, 2001). Los estilos de apego entre la madre y el niño a partir de edades tan tempranas como los 14 meses se relacionan con las manifestaciones afectivas observadas en las situaciones de laboratorio. Dentro de estos últimos contextos, con el tiempo los niños seguros se vuelven menos agresivos, mientras que los niños inseguros manifiestan más afectos negativos.

Los procesos cognitivos desempeñan un papel crucial en la percepción de la realidad y en la organización de la conducta dirigida hacia unos objetivos definidos. También desempeñan un papel crucial en el desarrollo y la modulación de las respuestas afectivas. Las representaciones cognitivas de los afectos influyen en los umbrales de activación de las reacciones afectivas. Dichos procesos cognitivos son esenciales a la hora de transformar los estados afectivos primitivos en experiencias emocionales complejas. En virtud de la integración del aprendizaje a partir de los modelos ofrecidos por los cuidadores y las disposiciones temperamentales, se desarrollan las capacidades cognitivas para la regulación de la atención y el control deliberado.

El *carácter* –la manifestación conductual de la identidad– es la organización dinámica de los estilos y patrones conductuales característicos del individuo en particular. El carácter incluye el nivel y el grado de organización de los estilos conductuales, y el grado de flexibilidad o de rigidez de las conductas a lo largo de las distintas situaciones ambientales. El carácter refleja los efectos de la integración de

la multitud de relaciones internalizadas entre el *self* y los objetos, que contribuyen a generar los modelos internos de conducta. La consecuencia subjetiva del carácter sería la estructura de la identidad, es decir, la integración de todas las representaciones del *self* incluidas en estas unidades relacionales diádicas dentro de un concepto de sí mismo estable y complejo, paralelamente a la integración complementaria de las representaciones objetales en conceptos integrados de otras personas significativas. El carácter y la identidad son aspectos que se complementan mutuamente. La identidad, que se compone del concepto o los conceptos del *self* y de los otros significativos, es la que brinda la estructura psicológica que determina la organización dinámica del carácter.

La internalización de las relaciones objetales significativas da origen a una estructura subjetiva más crucial en relación con un sistema integrado de valores éticos, que en la teoría psicoanalítica se designa con el nombre de *superyó*. En el desarrollo de la patología *borderline*, las perturbaciones en esta estructura tienen unas consecuencias significativas tanto clínicas como terapéuticas, y a nivel pronóstico.

La organización normal de la personalidad

El individuo con una organización normal de la personalidad tiene, lo primero y principal, un concepto integrado y coherente de sí mismo y de otras personas significativas, que aparece reflejado en el concepto de la propia identidad. Dicho concepto incluye tanto un sentido interno y coherente respecto de sí mismo, como también una conducta externa que refleja dicha coherencia interior. Este sentido coherente del *self* es fundamental para la autoestima, el placer, la capacidad de disfrutar de las relaciones con los demás y del compromiso y las obligaciones relacionadas con el trabajo, y para un sentido de la continuidad a lo largo del tiempo. Un sentido coherente e integrado respecto del *self* contribuye a la realización de las propias capacidades, deseos y objetivos a largo plazo. De forma similar, un concepto coherente e integrado respecto de los demás contribuye a evaluarlos de manera realista, incluida la empatía y el tacto social, y

por ende la capacidad de comunicarse y de relacionarse con éxito. Un sentido integrado respecto del *self* y respecto de los demás contribuye a desarrollar la capacidad de vivenciar una interdependencia madura con otras personas, lo que implica la capacidad de establecer compromisos emocionales con los demás al tiempo que manteniendo simultáneamente la propia coherencia y autonomía. La capacidad de establecer relaciones amorosas íntimas y estables, y de integrar el erotismo y la ternura dentro del marco de dichas relaciones, sería otra de las consecuencias de una identidad coherente.

Una segunda característica estructural de la organización normal de la personalidad sería la presencia de un amplio espectro de vivencias afectivas. El individuo con una organización normal de la personalidad tiene la capacidad de vivenciar toda una gama de afectos complejos y convenientemente modulados, sin perder el control de los impulsos. Dicha capacidad guarda relación con la identidad y con el nivel alcanzado por la organización defensiva del individuo. Los mecanismos de defensa serían aquellos aspectos del aparato psicológico que ayudan al individuo a afrontar la ansiedad relacionada con los conflictos dentro de sí mismo (e.g., entre los sentimientos de amor y los sentimientos de odio, o entre los impulsos y las prohibiciones internas contra los mismos), o bien entre los impulsos internos y las exigencias de la realidad externa. Una identidad coherente unida a unas defensas psicológicas funcionando convenientemente, le permite al individuo vivenciar afectos intensos dentro del contexto de una base consistente y sólida de experiencias internalizadas, que le ayudan a comprender y asimilar dichos afectos. En el caso de los individuos con trastornos de la personalidad, uno de los elementos iniciales básicos del tratamiento consiste en crear un marco terapéutico en el que el terapeuta pueda contener los afectos intensos que el paciente tiene dificultades en dominar y, por ende, en metabolizar simbólicamente con la ayuda del lenguaje.

Una tercera característica de la organización normal de la personalidad sería la presencia de un sistema integrado de valores internalizados. Hundiendo sus raíces evolutivas en los valores y las prohibiciones parentales, un sistema maduro de valores internalizados no aparece unido de manera rígida a las prohibiciones parentales,

sino que, antes bien, demuestra ser estable, individualizado, e independiente de las relaciones externas con los demás. Dicha estructura interna de valores se refleja en un sentido de la responsabilidad personal, una capacidad para la autoevaluación y la autocrítica realistas, y para tomar decisiones de forma flexible e impregnada del compromiso con unas normas, valores e ideales.

Factores evolutivos

Las díadas de relaciones objetales internalizadas son los elementos básicos fundamentales que conforman la estructura psicológica. En el curso del desarrollo infantil se generan numerosas díadas internalizadas sobre la base de experiencias afectivamente intensas. Estas díadas se convierten en los prototipos de la experiencia que el individuo tiene respecto de sí mismo y del otro. La figura 1.2 muestra algunas de las díadas más prominentes, entre otras muchas posibles, que suelen ser normalmente internalizadas durante el transcurso del desarrollo.

Ejemplos

S 1 = *Self* hambriento, carenciado

O 1 = Objeto sádico, insensible

a 1 = Miedo

S 2 = *Self* hambriento, y después satisfecho

O 2 = Objeto ideal, receptivo

a 2 = Amor

S 3 = *Self* poderoso, controlador

O 3 = Objeto débil, a la manera de un esclavo

a 3 = Rabia

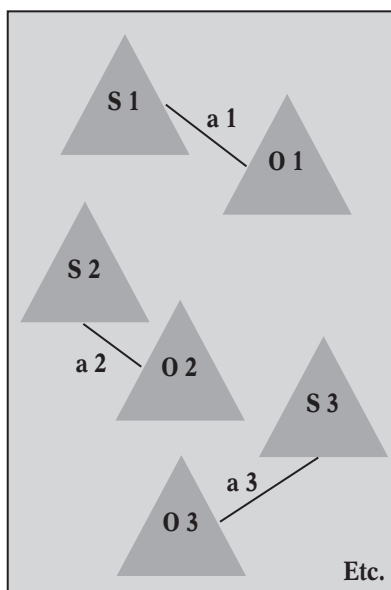


Figura 1.2. El mundo interno del bebé

Nota: a = afecto; O = representación objetal; S = representación del *self*.

La teoría de las relaciones objetales sugiere que la combinación del temperamento y de las experiencias del bebé en el contexto de unas interrelaciones afectivamente intensas con los cuidadores que forman parte del entorno, constituye un elemento crucial para el desarrollo. Las primeras interrelaciones entre el bebé y el cuidador serían los elementos claves dentro del proceso de internalización gradual por parte del bebé de una representación del mundo externo. Dichas interrelaciones son internalizadas a través de una variedad de formas que reciben la influencia del temperamento del bebé. Dichas formas incluyen el nivel de activación afectiva y los elementos cognitivo-perceptuales. La interrelación óptima bebé-cuidador le brinda al bebé una atmósfera protectora y solícita en la que percibe al cuidador como una figura amorosa y que comprende acertadamente sus necesidades, las cuales se ven satisfechas dentro del marco de un intercambio regular satisfactorio (véase Gergely & Watson, 1996). Dentro de este contexto, el bebé desarrolla un apego seguro hacia el cuidador y comienza a crear una narrativa interna coherente respecto de sí mismo y del otro, con la inclusión de expectativas positivas y gozosas de que está a salvo y bien cuidado. Este apego seguro le ayuda al bebé a afrontar las experiencias negativas –i.e., los momentos de malestar y de dolor– que forman parte inevitable del proceso evolutivo.

Durante los períodos relativamente calmados asociados a una baja intensidad afectiva, el bebé asimila el entorno circundante en base a una modalidad general de aprendizaje cognitivo que depende de la edad y del desarrollo neuropsicológico alcanzado. Por contraste, el bebé también vivencia períodos de elevada intensidad afectiva. Dichos períodos suelen estar relacionados habitualmente con necesidades o con deseos de experimentar placer (“Necesito ayuda”, “Quiero más”), o bien con temores o con deseos de liberarse del dolor (“¡Líbrame de eso!”). Los afectos del bebé son intensos porque tienen la función biológica de ayudar a los mamíferos inmaduros a sobrevivir mediante la búsqueda de experiencias placenteras y solícitas [*nurturance*, i.e., cuidados y atención] y la evitación del daño, y mediante el señalamiento al cuidador de las propias necesidades a través de la expresión de las vivencias afectivas. Una experiencia

característica de placer o de satisfacción tiene lugar cuando el bebé siente un hambre intensa y la madre está presente y responde a la percepción de la necesidad en cuestión, mientras que una experiencia característica de dolor o de frustración acontece cuando el cuidador, por la razón que sea, no responde a las necesidades sentidas por el bebé. Durante los primeros meses de vida del niño, la intensidad de estos momentos todavía no tiene la posibilidad de verse amortiguada por la acción de un amplio contexto internalizado de experiencias o vivencias de distinto signo.

Estos períodos de intensidad afectiva cumbre [*peak*] incluyen al *self* en relación con un otro, y participan en el *establecimiento de las estructuras mnémicas cargadas afectivamente* dentro del desarrollo del psiquismo (véase la figura 1.2). Como señala Kernberg (1992): “Las experiencias afectivas cumbre pueden facilitar la internalización de relaciones objetales primitivas, organizadas en torno al eje de las relaciones percibidas como gratificantes o totalmente buenas, o bien como aversivas o totalmente malas. Dicho de otra forma, la experiencia del *self* y del objeto cuando el bebé se encuentra en un estado afectivo cumbre, adquiere una intensidad que facilita el establecimiento de las estructuras mnémicas afectivas” (p. 13) [de la versión inglesa citada]. Dichas estructuras mnémicas cargadas afectivamente influyen en el desarrollo del sistema motivacional del individuo, dado que bajo la influencia de los estados afectivos cumbre es probable que el bebé proceda a internalizar lo que parece revestir una importancia para la supervivencia –a saber, obtener aquello que necesita y evitar aquello que le resulta doloroso o amenazante.

Con respecto a las díadas relacionales-objetales, las experiencias gratificantes del bebé incluyen una imagen ideal de un otro solícito perfecto, junto con una imagen de sí mismo contento, satisfecho; mientras que las experiencias frustrantes incluyen una imagen totalmente negativa de un otro insensible o incluso sádico, junto con una imagen de sí mismo emocionalmente carenciado, indefenso y angustiado. Aunque dichas imágenes representan momentos específicos en el tiempo más que la totalidad o la continuidad del objeto, son codificadas dentro de las estructuras mnémicas como representaciones parciales de una realidad más amplia. El proceso funciona de tal

forma que el bebé cuyo cuidador sea normalmente atento y provisor, puede que no obstante internalice la imagen de un objeto sádico y frustrante, debido a la presencia de experiencias de frustración o privación transitorias. De forma similar, el bebé cuyo cuidador sea normalmente desatento o violento puede tener algunas experiencias satisfactorias excepcionales, las cuales, combinadas con el anhelo de gratificación, pueden conducir a la formación de la imagen internalizada de un objeto amoroso y solícito.

Las alteraciones en la interrelación entre el bebé y el cuidador conducen a la aparición de desviaciones en esta trayectoria evolutiva óptima, las cuales pueden hacer que las experiencias negativas adopten un papel más predominante en la mente en desarrollo. El concepto del *self* y de los otros se desarrolla a partir de una edad temprana, y depende de la aparición del lenguaje y de la codificación de la memoria semántica (la información objetiva acerca del mundo) y de la memoria episódica (la reviviscencia de acontecimientos pasados). La memoria autobiográfica alude a esta forma de memoria episódica que configura las concepciones personales y duraderas respecto de la propia historia de uno mismo a lo largo del tiempo (Nelson & Fivush, 2004). Existe una secuencia dentro del desarrollo de las representaciones del *self*, que van de las valoraciones irrealmente positivas o negativas, con el pensamiento del tipo todo o nada característico de la niñez temprana, a la presencia de valoraciones positivas y negativas junto con la capacidad de integrar cualidades contradictorias en la niñez intermedia y la niñez tardía (Harter, 1999).

Las alteraciones en la relación entre el niño y los cuidadores, y/o la presencia de experiencias traumáticas tienen un hondo efecto sobre el desarrollo del concepto de sí mismo y de los otros (Harter, 1999). En la historia de algunos pacientes *borderline* aparecen los abusos sexuales tempranos, al tiempo que también se han identificado la desatención por parte del cuidador, la indiferencia, y las limitaciones en la capacidad de empatía, como factores adicionales que ejercen efectos profundamente dañinos (Cicchetti *et al.*, 1990; Westen, 1993). Los niños educados en estos entornos perturbados establecen unos apegos inseguros con sus cuidadores primarios

(Cichetti *et al.*, 1990; Westen, 1993), lo que interfiere en el desarrollo de la capacidad para el control voluntario* y la autorregulación, al tiempo que la internalización de los conceptos del *self* y del otro se ve dificultada por los intensos afectos negativos y las operaciones defensivas, que distorsionan el sistema de información en un intento de evitar el dolor.

Aspectos motivacionales: los afectos y las relaciones objetales internalizadas

Los afectos son las disposiciones innatas que aparecen en las primeras fases del desarrollo humano. Las experiencias de afectos positivos y de afectos negativos, las cuales vienen determinadas constitucionalmente y genéticamente, se organizan gradualmente en impulsos de mayor alcance, incluida la motivación, conforme los afectos asociados a las díadas relacionales específicas se agrupan en un segmento positivo y un segmento negativo más amplios. Los afectos gratificantes, placenteros se organizan bajo la forma de libido, en tanto que los afectos dolorosos, aversivos, negativos se organizan bajo la forma de agresión. Lo que se asienta en la memoria y se convierte en el mundo interior de relaciones objetales –esto es, las imágenes de sí mismo y las representaciones objetales, junto con su correspondiente carga afectiva– sería el desarrollo, impulsado y determinado por los afectos, del conjunto de relaciones objetales internas del individuo sobre la base de las interrelaciones que fueron primeramente vivenciadas y en un segundo momento elaboradas mediante la intervención de los procesos ligados a las fantasías inconscientes. Los afectos, pues, son los elementos constitutivos esenciales de los impulsos, e indican la activación de dichos impulsos dentro del contexto de unas determinadas relaciones objetales internalizadas en particular.

En el transcurso del desarrollo del bebé, diversas experiencias cargadas afectivamente son internalizadas de forma que, por un lado,

* *N. del T.*: *Effortful* en el original inglés, en el sentido del esfuerzo no espontáneo ni “natural” asociado a todo aprendizaje, y derivado del asentamiento suficiente del principio de realidad.

se desarrolla un segmento de la psique sobre la base de las imágenes idealizadas asociadas a las experiencias satisfactorias y, por otro lado, se desarrolla otro segmento sobre la base de las imágenes negativas, aversivas, hostiles. En el desarrollo temprano se establece dentro del psiquismo una separación activa entre estos dos segmentos (figura 1.3).

En el niño que se desarrolla con normalidad, durante los primeros años de vida se produce una integración gradual de estas representaciones extremas buenas y malas del *self* y de los otros, que derivan en unas representaciones internas del *self* y de los objetos¹ más complejas y realistas –i.e., reconociendo la realidad de que toda persona es una mezcla de características buenas y malas, y tiene la capacidad de ser gratificante en unas ocasiones y frustrante en otras (figura 1.4).

En los pacientes que desarrollarán ulteriormente una patología *borderline*, no acontece este proceso de integración, y en su lugar persiste una división más permanente entre el sector idealizado y el sector y persecutorio de las experiencias afectivas cumbre, a la manera de una estructura intrapsíquica patológica estable (véase la figura 1.3). Díadas tales como las que aparecen en la figura 1.2 desempeñan un papel prominente en esta estructura interna escindida: el “sí-mismo hambriento, carenciado” puede ser vivenciado como la “víctima” dentro de la relación con un “otro sádico, insensible”; y el “sí-mismo hambriento, y después satisfecho” puede ser vivenciado como el “objeto de amor perfecto” por parte de un “otro ideal, receptivo”. Esta separación “protege” a las representaciones idealizadas, imbuidas de calidez y sentimientos amorosos hacia el objeto percibido como gratificante, de las representaciones negativas, asociadas a las vivencias afectivas de angustia, rabia y odio. Uno de los aspectos de la teoría de las relaciones objetales que la diferencia de una psicología más puramente cognitiva es su énfasis en que dichas representaciones no son

1. El término *otros* se refiere a las otras personas en la vida del individuo. El término *representaciones objetales* se refiere a las representaciones dentro de la mente de los objetos de los afectos y de los impulsos. Las representaciones objetales se derivan de las experiencias con los otros, pero no se corresponden exactamente con su realidad objetiva.

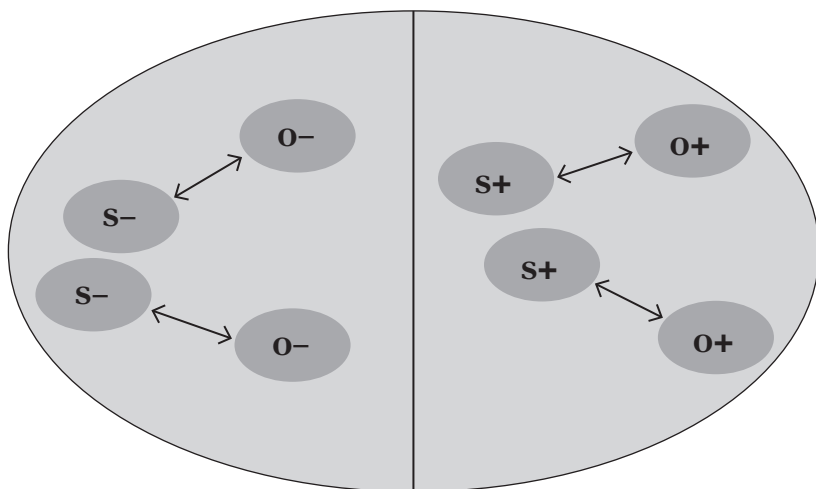


Figura 1.3. Organización escindida: conciencia de unas representaciones internalizadas totalmente malas o totalmente buenas

O = representación objetal; S = representación del *self*.

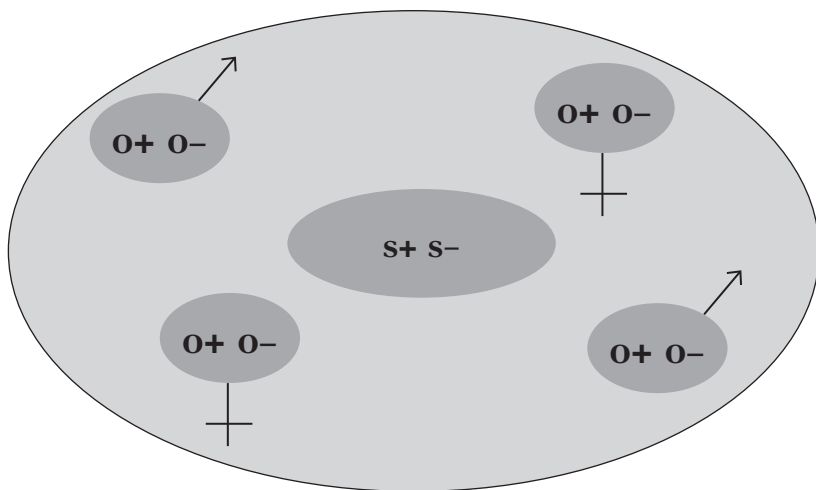


Figura 1.4. Organización normal: integración de las representaciones, junto con una conciencia de la complejidad

O = representación objetal; S = representación del *self*.