

Organizaciones límite en la infancia. Estudio de caso desde la psicoterapia focalizada en la transferencia

XAVIER COSTA¹

RESUMEN

Organizaciones límite en la infancia. Estudio de caso desde la psicoterapia focalizada en la transferencia. En el presente trabajo, se plantea si pudiera estar indicado aplicar lo que sabemos sobre la psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) a niños con personalidad límite, a partir de las ideas de Paulina y Otto Kernberg. Se presenta el caso de una niña de seis años en la que se observa una falta de integración interna que, como consecuencia principal, generaba graves conflictos en sus relaciones. Se le indicó una psicoterapia con frecuencia semanal centrada en las técnicas descritas para la TFP. A través del análisis del caso, se discuten sus peculiaridades técnicas a la luz de los resultados. **Palabras clave:** *psicoterapia focalizada en la transferencia, trastorno límite de la personalidad, integración, adolescencia, infancia.*

ABSTRACT

Borderline organizations in childhood. Case study from transference-focused psychotherapy. In this paper, it is considered whether it could be indicated to apply what we know about transference-focused psychotherapy (TFP) to children with borderline personality, based on the ideas of Paulina and Otto Kernberg. The case of a six-year-old girl is presented in which a lack of internal integration was observed which, as a main consequence, generated serious conflicts in her relationships. She was prescribed weekly psychotherapy focused on the techniques described for TFP. Through the analysis of the case, its technical peculiarities are discussed in the light of the results. **Key words:** *transference-focused psychotherapy, borderline personality disorder, integration, adolescence, childhood.*

RESUM

Organitzacions límit a la infantesa. Estudi de cas des de la psicoteràpia focalitzada en la transferència. En aquest treball, es planteja si pogués estar indicat aplicar el que sabem sobre la psicoteràpia focalitzada en la transferència (TFP) a nens amb personalitat límit, a partir de les idees de Paulina i Otto Kernberg. Es presenta el cas d'una nena de sis anys en què s'observa una manca d'integració interna que, com a conseqüència principal, generava greus conflictes en les seves relacions. Se li va indicar una psicoteràpia amb freqüència setmanal centrada en les tècniques descrites per a la TFP. Mitjançant l'anàlisi del cas, es discuteixen les seves peculiaritats tècniques a la llum dels resultats. **Paraules clau:** *psicoteràpia focalitzada en la transferència, trastorn límit de la personalitat, integració, adolescència, infància.*

Introducción

Para P. Kernberg (1990), una psicoterapia basada en la clarificación, la confrontación y la interpretación del *aquí y ahora* de la relación terapéutica contribuye a la mejora del niño con

organización límite de la personalidad (OLP). Estas intervenciones son las técnicas centrales de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP), tanto para adultos (Yeomans et al., 2015) como para adolescentes (Normandin et al., 2015). Aunque también son técnicas fundamentales del

¹Psicólogo y psicoterapeuta acreditado en TFP-A, Fundació Orienta, Grup-TLP Barcelona. Estudiante pre-doctoral en GREVIA (Universitat de Barcelona). Profesor colaborador en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y en la Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

Contacto: xcosta@fundacioorienta.com

Recibido: 22/2/21 - Aceptado: 6/1/23

psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica, la TFP está más focalizada en la transferencia y en el afecto dominante; también la realidad externa tiene un papel más importante (O. Kernberg, comunicación personal, 29 de junio, 2017).

En el presente trabajo, se plantea si pudiera estar indicado aplicar lo que sabemos sobre la TFP a niños con OLP. A través del análisis de un caso, se discutirán sus peculiaridades técnicas a la luz de los resultados.

Para ello, voy a partir de las ideas principales de los autores más representativos que han abordado cuidadosamente la conceptualización de la OLP y de los rasgos del trastorno límite de la personalidad (TLP).

Mi hipótesis es que la TFP, al tener como objetivo la integración del mundo interno escindido característico de los pacientes con OLP, puede ser un marco válido para aquellos niños que presentan sintomatología clínica compatible con esta estructura de personalidad.

Niños con organización límite de la personalidad

Si el diagnóstico de TLP para los adolescentes ya resulta controvertido (Normandin et al., 2015), todavía lo es más para niños en edad escolar –o, incluso, preescolar–, teniendo en cuenta que una clasificación diagnóstica tan utilizada como el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) mantiene que el inicio de un trastorno de la personalidad (TP) “se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta” (p. 359).

No obstante, existen bastantes autores que defienden la idea de que se pueden observar rasgos y tendencias de tipo límite en niños muy pequeños. Incluso algunos, como Goldman et al. (1992), hicieron un esfuerzo en adaptar los criterios del TLP para adultos del DSM-III-R (APA, 1987) a niños: patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas; impulsividad de riesgo en, al menos, dos áreas; inestabilidad afectiva; ira inapropiada, intensa e incontrolable; intentos o amenazas suicidas recurrentes; alteración persistente de la autopercepción y la autorepresentación; sentimientos crónicos de vacío o de aburrimiento; y máxima preocupación de sufrir abandonos reales o imaginados (pág. 1724).

Picanyol (2012) afirma que “alguno de los

rasgos específicos del TLP se presentan ya en la infancia o la adolescencia e interfieren con el desarrollo normal”, a partir de una revisión bibliográfica sobre el diagnóstico. Cita algunos interesantes estudios que se han dedicado a explorar los rasgos límite en niños en edad escolar. Por ejemplo, Bernstein et al. (1996) comprobaron que los TP diagnosticados en la adolescencia tienen como antecedentes trastornos del eje I en la infancia. La autora cita también el BPFS-C, un instrumento de autoevaluación diseñado por Crick et al. (2005) para diagnosticar TLP en la infancia. Estos autores descubrieron, por ejemplo, que algunos rasgos detectados con el BPFS-C en la infancia se mantenían estables hasta la edad adulta.

La revisión de Li et al. (2021) concluye que es posible predecir el desarrollo del TLP en la vida adulta a partir de la observación de algunas características de los niños, como la impulsividad y la inestabilidad emocional, entre otras, a pesar de que, en algunos de ellos estos rasgos desaparecen después de la adolescencia (Cramer, 2016).

También resulta interesante la revisión de Trias (2022) sobre el TLP en niños, concretamente las aportaciones de Álvarez (2000, 2004), que lo asocia con un retraso generalizado en el desarrollo, y las de Zeanah (2000), que lo vincula a las alteraciones en los patrones de apego.

Paulina Kernberg y su equipo (Kernberg et al., 2001) fueron pioneros en la búsqueda de los pródromos de los trastornos de la personalidad ya en la primera infancia. De hecho, consideraban que podían observarse ciertos rasgos en edades muy tempranas tanto en la conducta como en las relaciones con los demás, que determinan su desarrollo. Según Kernberg “los niños muestran rasgos como egocentrismo, inhibición, prudencia, confianza en uno mismo, sociabilidad, actividad, resentimiento, oposicionismo, y muchos otros en combinaciones que perduran en el tiempo y en las situaciones, y normalmente se expresan de manera flexible y adaptativa”, pero si estos “se vuelven inflexibles, desadaptativos y crónicos; causan importantes discapacidades en la funcionalidad; cambios abruptos e imprevisibles; o estrés subjetivo; estamos tratando con trastornos de la personalidad, sin importar la edad” (Kernberg, 1990).

P. Kernberg et al. (2001) destacan, por ejemplo, que el sentido del sí mismo empieza a desarrollarse con la aparición de la vergüenza antes de los dos años, como una primera muestra de autoconsciencia (Lewis, 1993, citado por Kernberg et al., 2001). Rasgos como la impulsividad que caracterizará el futuro paciente con TLP o la falta de empatía de los trastornos narcisistas pueden observarse ya en edad preescolar, así como la intolerancia a la separación con la madre, la incapacidad para expresar un abanico mínimamente amplio de sentimientos y cierta incertidumbre respecto las distinciones sexuales. Por otra parte, déficits en las pruebas de realidad o en los procesos de pensamiento pueden detectarse en la edad escolar, así como la dificultad para mantener un sentido mínimamente consistente de la identidad de género, para el control de los impulsos y para disfrutar de las relaciones con los iguales y para la autonomía respecto los padres. Podemos observar cómo estos déficits están poniendo en riesgo la estructura de la identidad, dada la dificultad para desarrollar una consciencia acerca de poseer una vida mental separada de otros.

Para P. Kernberg, en los casos con tendencia límite, “hay una distorsión (y no una fijación) del desarrollo, viéndose afectados los procesos de separación-individuación, y por ello la consolidación del funcionamiento yoico (y la integración del superyó) y la estabilidad de la identidad. En consecuencia, fracasan al utilizar estrategias de afrontamiento *-coping-* inadaptadas (...), que afectan tanto a las relaciones familiares (...), como a las relaciones con sus compañeros, y a sus capacidades cognitivas, motoras y perceptivas” (Lasa, 2009, p. 120.).

Otto Kernberg (1975) estudió la patología límite desde la óptica estructural, denominando *organización límite de la personalidad* (OLP) no sólo el TLP sino otros tipos de TP que compartían ciertos rasgos, como “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” (Yeomans et al., 2016, p. 23). La estructura de la personalidad viene dada por las relaciones de objeto que el individuo ha ido internalizando desde el nacimiento, y representan

las experiencias que tiene de sí mismo y de los demás. Los afectos intensos que vive el bebé se organizan en positivos y negativos, en buenos y malos, según la experiencia sea placentera o aversiva. Durante la primera infancia, estas representaciones extremas irán integrándose, y permitirán al niño construir una relación consigo mismo y con los demás compleja y realista. Entenderá que tanto él como las personas significativas de su vida tienen características buenas y malas, pueden resultar gratificantes en unas ocasiones y frustrantes en otras. En las personas con OLP, este proceso de integración de las relaciones de objeto internalizadas no se acaba desarrollando del todo. Su mundo interno quedará escindido en representaciones internas totalmente buenas y totalmente malas, tal y como ya describió Melanie Klein (1946). Esta escisión no deja de ser una manera de proteger las representaciones *buenas*, ideales, de los impulsos destructivos y hostiles asociados a las representaciones malas. Además, es un intento –aunque precario– de organizar los afectos caóticos propios de la OLP y, aunque consigue de esta manera aliviar mínimamente la ansiedad, acaba resultando un obstáculo para la intimidad (ya que en el otro ha proyectado esas representaciones *malas*, destructivas y, por tanto, amenazantes) y las relaciones interpersonales.

Según Yeomans et al. (2016), para entender la conducta manifiesta, puede resultar útil imaginarse la relación con los demás como si se tratara de un drama, donde los diferentes actores no dejan de ser representaciones internas del sí mismo y del otro, que aparecen en escena según el afecto que se haya activado.

En TFP, a estos “dramas” se los denomina *díadas* y son “los bloques de construcción de las estructuras psicológicas (...). Sirven de organizadores de la motivación y la conducta (...); son unidades compuestas de una representación del sí mismo y de una representación del otro, unidos por un afecto relacionado o representando un impulso” (págs. 3-4). La díada resulta el objeto de trabajo de la TFP, ya que será mediante ellas que los niños con OLP van a vehicular los conflictos intrapsíquicos tanto en su día a día como en la relación entre paciente y terapeuta (Doering, 2014).

No existen, en la literatura, muchas experiencias en las que se describa la aplicación de las técnicas, tácticas y estrategias de la TFP en la psicoterapia de niños con OLP, excepto las del grupo que Irmgard Kreft lidera en Berlín (Kreft et al., 2014; Kreft, 2015a, 2015b). Kreft defiende que los niños muestran sus diadas en las relaciones de objeto y sus mecanismos de defensa de manera muy diferente a como lo hacen los adultos (Kreft, 2015b). Cabe destacar que, para este grupo, un criterio esencial para diagnosticar un niño de OLP es la incapacidad para acceder al juego simbólico, tendiendo a comunicar sus diadas mediante la actuación (Kreft, 2015b; Kreft et al., 2014). En el caso que analizaremos, esta será una cuestión crucial.

Presentación del caso

Sara tiene seis años. Los padres consultan alertados por los constantes conflictos que Sara genera con sus compañeras de clase. Parece que las controla, las manipula, las agrede si no hacen lo que ella quiere. Algunas han llegado a provocarse el vómito para no estar con ella en la hora del recreo. Los padres se sienten confusos, no saben cómo entender la conducta de Sara. Tiene una hermana pequeña con la que se lleva bien. No obstante, se alarmaron al oír que Sara dijo un día que “a todos los bebés habría que matarlos”. Lo dijo delante de otras madres, muy seria y serena. La definen como una niña autoritaria, de carácter fuerte, muy perfeccionista, exigente y competitiva.

Los padres comentan que Sara no ha sido nunca una niña fácil. Tenía muchas dificultades para la alimentación, ya desde la lactancia. La madre no pudo darle el pecho más que diez días. Recuerda la situación como muy dura para ambas. También tuvo muchas dificultades en la incorporación de alimentos sólidos. Era muy inquieta, también durante la noche: se despertaba mucho, tenía pesadillas y sueños agitados.

Fase inicial

En el primer contacto que tengo con Sara, me dice que no va a hablar de los problemas del colegio. Su actitud me parece desafiante y provocadora. Mira los juguetes con desprecio y se muestra decepcionada cuando le propongo

dibujar, como si fuera algo trivial, pueril. Todos los dibujos hacen referencia a mí. En el de la persona, por ejemplo, me dibuja desnudo, con un perro al lado que lame mis genitales y después “se mea”. Dibuja un bocadillo de cómic donde escribe “¡lo que faltaba!”. Cuando acaba la sesión, cuenta a los padres lo que ha dibujado, como si presumiera de su hazaña. Es una actitud que me sorprende; me muevo entre una sensación de cierta perplejidad y también de que ha logrado empujarme. Por una parte, me sorprende que cuente algo así; pienso en que quizás no puede preservar su intimidad, tal vez porque no la haya experimentado nunca. Por otra parte, pienso en las niñas a las que acosa en el patio: puedo empatizar con sus vivencias de haberme sentido agredido, humillado y despojado de mis recursos para hacerle frente.

Sara es una niña inteligente y aparentemente con recursos yoicos, así que sorprenden estos aspectos tan primitivos. Como primera hipótesis, pienso en que tal vez utiliza la inteligencia para compensar y huir de las situaciones caóticas, en las que debe sentirse confundida, malentendida y perdida. Y precisamente así, mediante la proyección, debe hacer sentir a su entorno.

En este primer contacto, Sara se muestra muy excitada e indiferenciada, con un contacto invasivo que me hace pensar en ansiedades muy primitivas. Cuando la sesión termina, se niega a recoger y me dice que quiere quedarse en la consulta “para siempre”. Esta situación se repetirá con frecuencia a lo largo del tratamiento y con mucha intensidad en las visitas diagnósticas. A Sara le cuesta mucho despedirse. Cuando es la hora de recoger, con mucha excitación, desordena la consulta: los juguetes, las sillas, etc., de manera que una vez ya se ha ido, me tengo que quedar recogiendo, con ella en mi cabeza, y con el caos, mientras ella se queda tranquila.

Me hace pensar que algo similar también debe pasar con sus amigas en la escuela: me planteo hasta qué punto el intento de control y manipulación del otro no deja de ser una manera de organizar sus afectos y calmar así su ansiedad. La que queda desorganizada, con toda la ansiedad, es aquella que acaba provocándose el vómito para no salir al recreo, de la misma manera que el terapeuta acaba representado en el

dibujo orinado y desnudo, o en medio del caos de la consulta, mientras ella se queda protegida de estos afectos negativos: son los otros los que quedan desorganizados, dañados, rotos, mientras ella mantiene el control. Además, le sirve para sentirse ligada al otro, que queda con ella, indiferenciada, en sus pensamientos.

Este ejemplo concreto me hace pensar en que tal vez se ha activado una díada que parece protegerla de la vivencia de abandono delante de la expectativa de la despedida del terapeuta. El afecto que le provoca la finalización de la sesión podría resultarle intolerable y, organizando esta díada, ella podría sentir que mantiene el control y deja al otro con el caos. Me imagino que es como si tuviera una baraja con sólo estas cartas: ella debe quedarse con la del control para no quedarse con la del caos. Parece que no tiene alternativa.

En otra de estas primeras sesiones, a la hora de recoger, me dice que la piensa “liar mucho”. Le digo que parece que, de esta manera, quiere conseguir que me quede más tiempo pensando en ella, una vez ya se ha ido. Ella afirma. Añado que, además, parece disfrutar con ello. Me dice que sí. Vemos en este ejemplo una interpretación transferencial que se queda en la primera díada. No se ha hablado de su vivencia de abandono todavía, sino de su necesidad para provocar en el terapeuta un estado mental y colocarlo en un rol determinado en la díada.

El episodio escolar ha servido para traerla a la consulta y parece que esconde un carácter difícil que todos sufren. A Sara se le explica que parece que le cuesta mucho tolerar las frustraciones y que hace grandes esfuerzos para salirse con la suya a cualquier precio. Al final, no obstante, llega la decepción y se enfada. Ponemos como objetivo terapéutico que aprenda a pensar, a hablar, a negociar con los otros, a ver y comprender las cosas que le pasan y que no puede entender. Sara no puede hablar de sentimientos de tristeza, de dolor. En definitiva, parece que no sabe cómo integrar los sentimientos negativos, que están proyectados siempre fuera. El trabajo terapéutico se plantea *focalizado en la transferencia*, con el objetivo de que la relación terapéutica pueda ser un reflejo de cómo Sara se relaciona con los demás y pueda integrar una nueva manera de hacerlo.

Durante la fase inicial del tratamiento, se establece la alianza terapéutica. El encuadre terapéutico permite abrir un espacio donde sus afectos van a poder ser contenidos y tolerados. En estas primeras visitas, Sara puede experimentar que sus ataques contra el terapeuta no solamente no lo destruyen ni alimentan ninguna venganza, sino que se les puede dar un sentido. Es frecuente, además, que los pacientes con OLP inicien el tratamiento poniendo a prueba el encuadre terapéutico; debido a la dificultad que suelen tener para confiar en el otro por miedo al abandono o a ser heridos, tienden a hacer grandes esfuerzos para controlar al terapeuta (Yeomans et al., 2016, p. 425). Lo hemos visto en Sara, cuando en estas primeras sesiones necesita desordenar la consulta antes de marcharse, desafiando los límites de contrato terapéutico, que establece que debe recoger antes de finalizar la sesión. En una de las sesiones en las que se niega a recoger, por ejemplo, le recuerdo el contrato y le digo: “si necesitas más tiempo, el próximo día tendremos que acabar antes”. Aunque esta es una consecuencia lógica, Sara capta que se trata de una actuación del terapeuta, que ha *dramatizado* su papel en la díada, quedándose con el malestar. El terapeuta, entonces, actúa y la amenaza con el castigo de recortar el tiempo de juego. La respuesta de Sara, rápida e inteligente, no se hace esperar: “¿Ves? Ahora sí que te has puesto nervioso”, que exclama con placer al haber logrado controlarme.

Fase intermedia

Mediante la constancia del rol del terapeuta -y los esfuerzos de este para no salir de la neutralidad-, Sara puede ir comprendiendo el marco de las sesiones y la relación terapéutica. De esta manera, se llega a un mayor equilibrio que permite, por un lado, una disminución de los momentos caóticos tan presentes durante la fase inicial y una mejoría en la observación de la propia experiencia mental. Tengo la impresión de que puedo empezar a verbalizar interpretaciones sobre la díada que Sara utiliza para defenderse de otra díada. Durante la fase inicial, se prestaba especial atención a la tendencia de Sara de colocar al terapeuta en el caos para mantenerse ella en una posición de poder y control. De esta manera, parece que Sara conseguía

tolerar, por el momento, sus ansiedades de separación y sus vivencias de abandono. Ahora, puedo intentar interpretar este segundo nivel. No obstante, parece que este cambio obliga a Sara a recolocarse y la lleva, también, a actuar el conflicto.

Sara se enfada conmigo porque considera que no contesto las preguntas personales: “estoy enfadada un montón contigo (...). Eres la persona más rara que conozco (...). Te tendrías que llamar idiota... no, no, mejor *no-contesta-preguntas*”. El terapeuta, en su neutralidad técnica, intenta no dejarse colocar en el papel de la diáda del “controlado” y Sara no puede tolerarlo, ya que eso implica asumir ella la pérdida de control y, por tanto, el riesgo de ser abandonada. A partir de esta situación, Sara inicia todas las sesiones poniendo una barrera física entre ella y yo, colocando el mobiliario de la sala y la caja de juegos de manera que apenas la veo. Se inicia una etapa –que durará varios meses– en que Sara deja de hablar y jugar en las sesiones para escenificar este rechazo a la relación terapéutica. La labor del terapeuta, en este caso, consiste en seguir verbalizando la situación afectiva dominante en estos momentos e interpretando la diáda, sin salirse del encuadre de la neutralidad técnica.

Yeomans et al. (2016) afirman que existen tres niveles de interpretación en TFP. Delante de la actuación de Sara de poner la barrera, podemos observar estos tres niveles. En un primer momento, le señalo que pone la barrera “para parar todo lo que diga, para no escucharme (...) o para no escuchar cosas que son difíciles de pensar”. En este primer nivel, se interpreta la defensa que no permite entrar en contacto con el afecto dominante. En un segundo nivel, se interpreta la diáda: “pensaba que, además, pones esta barrera tal vez pensando que no necesitas nada de mí”. El tercer nivel consiste en interpretar cómo esta diáda se defiende de la otra: “si haces como si yo no estuviera, tal vez sientes que no te da tanto miedo que te pueda dejar, olvidarme de ti”. Sara recibe estas interpretaciones entre el enfado y el silencio.

Durante esta fase del tratamiento, toda la intensidad afectiva está colocada en la relación terapéutica. Fuera de ella, Sara ha hecho una mejoría muy significativa: los conflictos en la

escuela han cesado, la relación con sus padres y su hermana se han normalizado y puede mantener un grupo de iguales a los que no necesita controlar para sentirse segura en la relación. Esto podría ser debido a que en esta fase se da una mejor contención de los afectos que lleva una reducción de la intensidad de estos. Sara puede asumir nuevas maneras de conceptualizar su *self* y a los otros, a los que no necesita poner en una situación de inferioridad.

Fase final

Después de unos meses difíciles para el terapeuta delante de la actitud de Sara de no colaborar en absoluto, espontáneamente empieza a explicar algunas cosas que le preocupan. Mantiene la barrera, pero permite el contacto visual y el diálogo. En alguna ocasión, deja abierta una “puerta” (en sus palabras). En una de estas sesiones, dice “me gusta venir y no hacerte ni caso”. Sara también ha dejado de desordenar al finalizar las sesiones. Ahora ordena la sala al acabar, aunque no guarda los juguetes en la caja. Poco a poco, esta actitud desafiante deja paso a un interés genuino a la relación terapéutica. Sara nunca quiere recoger, pero da la impresión de que se trata de un intento de alargar el tiempo de la sesión: Sara se siente a gusto.

La mejoría fuera de la consulta es evidente, corroborada tanto por los padres como por el colegio. El trabajo terapéutico ha permitido la integración de las partes disociadas del *self* y permite a Sara una conducta reparadora, que se evidencia en las sesiones. En una de ellas, Sara es consciente que dentro de su cabeza tiene “un angelito y un demonio”, y añade: “a mí el angelito no me gusta, prefiero el demonio”. Parece que, durante las primeras fases del tratamiento, ha intentado poner a prueba al terapeuta para comprobar que puede aguantar el demonio. En esta fase final, puede ser consciente de esta disociación.

Años después

Seis años después, los padres de Sara se vuelven a poner en contacto conmigo a raíz de algunos conflictos en el instituto. A diferencia de la primera consulta, el centro escolar no mostró ninguna preocupación por la conducta de Sara: fue la propia chica la que verbalizó que quería

volver a consultar por que se sentía “marginada” respecto sus compañeras. Solo puso como condición que fuera con el mismo terapeuta que la trató de pequeña.

Ya en la primera entrevista con ella, muestra una buena capacidad introspectiva: explica que se siente triste al darse cuenta de su autoexigencia, su “obsesión” por los buenos resultados académicos, que la hacen sentir muy insegura y, sobre todo, porque se siente muy diferente respecto sus compañeras. Refiere sentirse diferente principalmente porque todavía no ha tenido la menstruación y el cuerpo de sus compañeras está más desarrollado que el suyo. Por otra parte, la relación con sus padres es difícil debido a su lucha por conseguir más autonomía.

Tengo la impresión de que Sara se encuentra en un momento de crisis adolescente. El hecho de que ella sea tan consciente de sus dificultades, de que pueda expresar sentimientos de tristeza al respecto y, sobre todo, pida ayuda por ello, ya nos hace pensar en que parece existir una buena organización yoica y, por tanto, una identidad sana (Icart, 2012). No olvidemos que Sara goza de una buena funcionalidad en todas las áreas y que no ha despertado preocupación en sus redes sociales y académicas. La preocupación viene de ella y de elementos propios que ella es capaz de observar.

Se le planteó a Sara una psicoterapia individual de orientación psicoanalítica que empezó con una frecuencia semanal que progresivamente fue disminuyendo hasta una visita mensual, durante tres años. Se llevaron a cabo también algunas coordinaciones con el instituto para ir supervisando la evolución de Sara.

El clima de las sesiones fue muy diferente al del primer tratamiento. El caos, las proyecciones y los ataques contra el terapeuta y el tratamiento habían quedado atrás y dejaban paso a una adolescente que pedía ayuda para poder gestionar mejor sus emociones. El tratamiento se resolvió con éxito y el alta clínica fue acordada por paciente y terapeuta.

Discusión

Como hemos dicho anteriormente, existe escasa literatura acerca de la adaptación de la TFP en niños con OLP. Este trabajo pretende

contribuir a la idea de que, teniendo en cuenta algunas adaptaciones, es posible aplicar este modelo de tratamiento con éxito.

El objetivo final de la TFP es “la integración de las relaciones objetales internalizadas idealizadas y persecutorias mutuamente escindidas que aparecen en la transferencia, con el fin de poder acceder a una vivencia coherente, realista y estable de sí mismo y de los otros” para adquirir la consolidación de la identidad (Yeomans et al., 2016, pág. 107). Cuando vemos a Sara en la adolescencia, vemos a una chica diferente, con una estructura de la personalidad más o menos estable. Aunque se encuentra en una crisis adolescente, parece que su identidad no se encuentra en riesgo. Es capaz de tener una vivencia equilibrada y coherente de su vida, aunque observemos ciertas pérdidas en el contacto con la realidad que son propias de esta etapa vital. De hecho, podemos afirmar que su consulta es la prueba más evidente de las capacidades introspectivas que ha ido adquiriendo a lo largo de los años, ya que en su día a día, no se observan limitaciones que interfieran en su funcionalidad, a diferencia de su primera consulta.

A nivel técnico, no se encuentran importantes diferencias respecto la TFP para adultos o adolescentes, teniendo en cuenta que, como introdujo Melanie Klein, entendemos el juego como “la asociación libre en los adultos para acceder a las fantasías inconscientes del niño” (Mordoh, 2013, citado por Deza et al., 2018). El proceso interpretativo de clarificación, confrontación e interpretación, así como el análisis de la transferencia, puede darse, de la misma manera, a partir del juego y en el dibujo, igual que lo haríamos con los sueños en el adulto. Durante las diferentes fases por las que pasó el tratamiento con Sara, el nivel de profundidad de las interpretaciones varía, como hemos visto. A partir de sus actuaciones (en el dibujo, en el juego y en la relación terapéutica), la interpretación se llevó a cabo en los tres niveles que describen Yeomans et al. (2016) en función del momento: desde la interpretación de cómo la actuación no permitía la consciencia del afecto hasta la de las diadas (la activada y la que defendía esta).

El uso de la *neutralidad técnica* sigue siendo una técnica central en el tratamiento con niños. En el caso de Sara, permitió la activación de

los afectos en un entorno que ella podía sentir como seguro. El hecho de que el terapeuta evitara tomar parte por ninguno de los aspectos escindidos de Sara, manteniéndose en su rol, la exasperaba, pero al mismo tiempo la contenía. Prueba de ello es que en la segunda consulta sólo quería tratarse con el terapeuta que había podido aguantar sus proyecciones. Parece que tenía la vivencia de que el espacio terapéutico con él sería el encuadre más seguro y confiable para poder compartir sus preocupaciones.

La neutralidad técnica está directamente relacionada con la contratransferencia, como se ha podido ver en algunas actuaciones del terapeuta. En este caso, la supervisión continuada de las sesiones fue clave para evitar el riesgo de actuación y de perder, de manera no intencionada, la neutralidad técnica.

A nivel táctico, el establecimiento del *contrato terapéutico* resulta esencial. Hemos hablado de la importancia de un marco seguro que permita la activación de los afectos y el desarrollo de las técnicas psicoterapéuticas. El contrato garantiza la seguridad del tratamiento. En el caso de Sara, contratar con los padres el compromiso de llevarla a las sesiones a pesar de su enérgica oposición al tratamiento durante la fase intermedia fue clave para poder trabajar con ella. De la misma manera, que Sara pusiera a prueba los límites del contrato durante las sesiones ayudó a fortalecer el vínculo terapéutico, como luego se comprobó en la segunda consulta.

Conclusiones

No es en absoluto mi intención la de desarrollar una exhaustiva adaptación de la TFP para niños, si no la de plantear cómo la esencia y los puntos clave de este modelo terapéutico pueden ser útiles para el abordaje de niños con OLP. A modo de conclusión, quisiera plantear los siguientes puntos.

Existen bastantes autores que defienden la idea de que se pueden observar rasgos y tendencias de tipo límite en niños muy pequeños. Paulina Kernberg y su equipo fueron los que desarrollaron de manera más amplia este concepto.

Otto Kernberg estudió la patología límite desde la óptica estructural, denominando OLP no

sólo el TLP sino otros tipos de TP que compartirían ciertos rasgos, y apuntó la internalización de las relaciones de objeto en la infancia como la clave para entender esta patología. El concepto de *díada* ayuda a comprender cómo este proceso repercute en la relación terapéutica y por qué la TFP puede resultar un modelo válido para su abordaje.

No existen, en la literatura, muchas experiencias en las que se describa la aplicación de las técnicas, tácticas y estrategias de la TFP en la psicoterapia de niños con OLP, excepto las del grupo que Irmgard Kreft lidera en Berlín, que tomé como referencia para este trabajo.

He presentado este caso clínico a modo de ejemplo, donde creo que se puede observar cómo se activan las *díadas* en la relación terapéutica y cómo se abordan en las diferentes fases del tratamiento, y cómo el tratamiento puede contribuir a la construcción de una identidad sana.

El proceso interpretativo de la TFP puede darse, de la misma manera, a partir del juego y en el dibujo en los niños, así como el análisis de la transferencia. El uso de la neutralidad técnica permite la activación de los afectos en un entorno seguro y contenedor. La supervisión del caso contribuye enormemente al uso adecuado de la contratransferencia.

El establecimiento del contrato terapéutico permite la activación de los afectos y el desarrollo de las técnicas psicoterapéuticas, garantizando la seguridad del tratamiento.

Agradecimientos

Quisiera agradecer las valiosísimas aportaciones de Alfons Icart, que han contribuido a enriquecer el texto.

Bibliografía

- Alvarez, A. (2000). Moral imperatives in work with borderline children: the grammar of wishes and the grammar of needs. En J. Symington (ed.), *Imprisoned pain and its transformation*. Karnac Books.
- Alvarez, A. (2004). Borderline children. Differentiating disturbance and deficit. En M. Rustin y E. Quagliata (eds.), *Assessment in Child Psychotherapy*. Karnac Books.

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5)*.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition Revised (DSM-III-R)*.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Skodol, A. y Bezirgianian, S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 907-913.
- Cramer, P. (2016). Childhood precursors of adult borderline personality disorder features: a longitudinal study. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(7), 494-499.
- Crick, N. R., Murray-Close, D. y Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1.051-1.070.
- Deza, M., Iparraguirre, P. y Zamijovsky, M. L. (2018). El psicoanálisis con niños es un juego. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 31, 27-30.
- Doering, S. (2014). La psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) del trastorno límite de la personalidad. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 24, 19-35.
- Goldman, S., D'Angelo, E., DeMaso, D. y Mezzacappa, E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149(12), 1.723-1.726.
- Icart, A. (2012). Trastornos límite de la personalidad en la adolescencia. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 19, 35-44.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Aranson.
- Kernberg, P. (1990). Borderline Personality Exists in Children under Twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 478-483.
- Kernberg, P., Weiner, A. y Bardenstein, K. (2001). Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. *El Manual Moderno*.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras completas (3). Envidia y gratitud y otros trabajos*. Paidós, 2008.
- Kreft, I. (2015a). Techniken der übertragungsfo-kussierten Therapie bei Kindern. Ein Fallbeispiel. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 1, 14-22.
- Kreft, I. (2015b). Métodos de psicoterapia focalizada en la transferencia en niños con organización límite de la personalidad. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 26.
- Kreft, I., Köpp, W. y Kernberg, O.F. (2014). "Der Schwache bist du". Spiele von Borderline-Kindern als Umgang mit dem Unerträglichen. *Kinderanalyse*, 1, 1-25.
- Lasa, A. (2009). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. ALTXA.
- Li, H., Tian, Y. y Zheng, J. (2021). A Review of Borderline Personality Disorder. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 561. Recuperado de <https://www.atlantis-press.com/article/125957994.pdf>
- Mordoh, E. (2013). *El acto en juego*. Letra Viva.
- Normandin, L., Ensik, K. y Kernberg, O. (2015). TFP-A: una psicoterapia a la luz de la neurobiología (2). *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 25, 75-86.
- Picanyol, M. (2012). *Actualizaciones sobre el trastorno límite de la personalidad, modelo evolutivo y diagnóstico en la adolescencia*. Stada.
- Trias, T. (2022). El concepto de trastorno límite de la personalidad en la infancia. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 40.
- Yeomans, F., Clarkin, J. y Kernberg, O. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.
- Yeomans, F., Clarkin, J. y Kernberg, O. (2016). *Psicoterapia focalizada en la transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*. Desclée de Brouwer.
- Zeanah, C. (2000). *Handbook of infant mental health 2nd Ed*. The Guildford Press.