

MODALIDADES TERAPÉUTICAS E INTERVENCIONES PREPARATORIAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TCA DESDE LA TFP

FRANCISCO GARZÓN NAVARRO-PELAYO Y SOLEDAD PADILLA MUELAS

INTRODUCCIÓN

El encuentro con personas diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) está marcado no únicamente por la psicopatología alimentaria, sino también por otros factores clínicos como el estado nutricional e incluso en ocasiones el riesgo vital. Son estos los motivos que impiden en ocasiones el abordaje desde un encuadre psicoterapéutico expresivo, por lo que el clínico tiene que encontrar otra modalidad terapéutica para acercarse al paciente. El no tener en cuenta el momento evolutivo y vincular de este puede hacer fracasar cualquier acercamiento desde modalidades psicoterapéuticas que han mostrado validez empírica, como la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP).

En este sentido, cobra especial relevancia la noción de intervención preparatoria, entendida como un conjunto de herramientas clínicas que permiten crear las condiciones mínimas para que un tratamiento exploratorio sea posible y tolerable.

La intención buscada al escribir este artículo es demostrar la complementariedad entre las distintas modalidades terapéuticas (conductual, apoyo, exploratoria...) a lo largo de un proceso terapéutico en el diagnóstico de TCA. Partiendo de dos casos clínicos, abordaremos el uso de intervenciones preparatorias en un sentido amplio como herramientas en el sostén del vínculo y acompañamiento del paciente como paso previo a una psicoterapia exploratoria.

MARCO TEÓRICO: MODALIDADES TERAPÉUTICAS E INTERVENCIONES PREPARATORIAS

A la hora de seleccionar la modalidad terapéutica, resulta de especial importancia la capacidad para leer adecuadamente el momento del proceso del paciente, incluyendo aquí su capacidad de sostener el vínculo es fundamental, especialmente cuando este recorrido es discontinuo y ambivalente.

Son múltiples las modalidades de tratamiento en la actualidad, entre ellas se encuentran las intervenciones conductuales, la terapia de apoyo, y los diversos modelos de psicoterapia psicodinámica exploratoria, entre los que se destaca la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP). Lo que se persigue en cada una de ellas es diferente dependiendo de la capacidad reflexiva y compromiso del paciente. Las intervenciones conductuales, al menos en un inicio, son importantes para lograr el control sintomático, ya que con frecuencia estos pacientes vienen con tal desnutrición y desorganización que cualquier trabajo simbólico es completamente estérilⁱ. La psicoterapia de apoyo, según Otto Kernberg, se centra en proporcionar un espacio que favorezca la adaptación del paciente a la realidad, sin necesariamente buscar cambios estructurales profundos en la personalidad o en el funcionamiento psíquicoⁱⁱ. El objetivo buscado en este caso es, pues, ayudar a reforzar el funcionamiento psíquico, para la mejora de la calidad de vida, la estabilidad emocional y la resolución de problemas cotidianos.

La TFP, por otro lado, sí que aspira a la modificación de la personalidad a través del análisis sistemático de la transferencia y la integración de representaciones escindidas del self y del objetoⁱⁱⁱ.

En los casos con patología alimentaria la comida viene a representar, condensar y enmascarar la persecución de un objeto interno. Aparecen entonces dos personajes en el mundo interno: el perseguidor y el perseguido. Las pacientes con anorexia nerviosa proyectan (colocan) al personaje perseguidor en su cuerpo (y en la comida), y el terapeuta ha de estar hábil para aprovechar cualquier oportunidad para detectar un perseguidor que no sea (solo) su propio cuerpo, por ejemplo él mismo (el terapeuta), las amigas que la pueden criticar o la paciente misma cuando es ella la que se vuelve crítica contra alguien (sobre todo si no es con ella misma). Se trata de despegar el perseguidor del cuerpo/comida/enfermedad y ubicarlo en otro sitio en uno en el que sea más sencillo trabajar. Se trata de des-localizar el agente perseguidor del cuerpo/grasa/comida/TCA y ponerlo en un lugar más propicio para pensarlo, para poder entenderlo. Así, con esta concepción de pacientes con sintomatología TCA, habrá que ser estratégico, ya que no en todo momento se podrá pensar el TCA como un objeto interno al que la propia paciente tiene que ir nominando, con unos atributos únicos diferentes al de cualquier otro paciente con trastorno de conducta alimentaria^{iv}.

Por tanto, a diferencia de las modalidades de tratamiento anteriores, el objetivo de tratamiento de la TFP es la modificación de la organización de la personalidad para evitar la reaparición de la clínica de modo más o menos desplazado a otras presentaciones, a otras patoplastias. No obstante, la aplicación de la TFP en pacientes con organización límite (frecuente en TCA) supone una elevada capacidad de mentalización, tolerancia a la ansiedad y disposición a establecer un contrato terapéutico, y estos requisitos rara vez se encuentran presentes de forma inmediata en los pacientes que consultan por un TCA.

En este contexto, el contrato terapéutico debe entenderse como un instrumento clínico para establecer las condiciones para el tratamiento exploratorio y que sirve para organizar el encuadre, delimitar responsabilidades y evaluar la capacidad del paciente para sostener un vínculo terapéutico

estable. En pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y organización límite de la personalidad, la posibilidad de aceptar, cuestionar o rechazar el contrato constituye en sí misma un indicador relevante del momento evolutivo del proceso. De este modo, el contrato puede convertirse no solo en una condición de trabajo, sino también en un objetivo progresivo del tratamiento, susceptible de ser preparado y elaborado mediante intervenciones previas de apoyo.

Y es en esta transición desde el abordaje más puramente sintomático y nutricional hasta el cambio más estructural donde adquieren protagonismo aquello que denominamos intervenciones preparatorias entendiendo estas no únicamente a una serie de intervenciones técnicas, sino también a estrategias clínicas que deben ser entendidas como una parte activa del proceso terapéutico porque ayudan a sostener el vínculo en momentos de regresión y rechazo y son indicadores de la disponibilidad del paciente para transitar hacia modalidades más exploratorias. En lugar de ser entendidos como un obstáculo o un retraso en el tratamiento, deben contemplarse como una forma de respeto al momento del paciente y a las posibilidades reales del proceso psicoterapéutico.

INTERVENCIONES PREPARATORIAS: UNA VISIÓN TÉCNICA

En su enfoque sobre la técnica psicoterapéutica, Coderch identifica seis herramientas clave que estructuran la relación entre el terapeuta y el paciente: sugestión, abreacción, aconsejamiento, confrontación, clarificación e interpretación. Aunque todas pueden usarse tanto en la psicoterapia de apoyo como en la exploratoria, en esta última tienen una organización jerárquica, estando las demás técnicas al servicio de la clarificación e interpretación, lo cual representa una diferencia importante en su uso y propósito^v.

- La **sugestión** se basa en la figura del terapeuta como figura de autoridad, y busca provocar cambios en el paciente mediante la influencia directa, ya sea a través de indicaciones explícitas o mediante intervenciones indirectas. Su objetivo es ayudar a la adaptación de la persona a la realidad, mitigar su

incomodidad y guiarla hacia soluciones factibles.

- Por otro lado, la **abreacción** posibilita que el individuo exprese el afecto relacionado con vivencias anteriores, incluso aunque no se encuentre en un plano totalmente consciente. Esta técnica, además de la descarga emocional inmediata, favorece el proceso de elaboración e integración por parte del yo.
- Con la **confrontación** se busca identificar inconsistencias, omisiones o contradicciones en la comunicación del paciente, para que este logre una perspectiva de más distancia sobre su experiencia inmediata y de una manera más objetiva. Se establecen las bases para un trabajo más exploratorio fomentando la reflexión y el distanciamiento, mediante la observación de elementos de su vivencia que en condiciones normales pasarían inadvertidos. En este sentido, mediante la confrontación llevamos a un primer plano los niveles preconscientes de la experiencia subjetiva, como una forma de acceder a los aspectos escindidos del self que están siendo escenificados de distintas formas que están en contradicción con lo que está siendo verbalizado^{vi}.
- Lo que se pretende con la **clarificación** es ordenar y filtrar el material presentado por el paciente, suprimiendo lo secundario o confuso para resaltar lo fundamental. Coderch equipara esta función del terapeuta con la rêverie materna, mediante la cual la madre capta el contenido emocional del bebé, para transformarlo y devolvérselo de una manera más aceptable y entendible. El proceso de clarificación facilita al paciente la asimilación de elementos de su vivencia que, aunque no son inconscientes, suelen manifestarse de manera confusa o imprecisa.
- En última instancia, la **interpretación** es el eje central de la psicoterapia expresiva. A través de ella, el terapeuta traduce procesos mentales inconscientes que hasta entonces sólo se manifestaban mediante

síntomas o patrones de comportamiento desadaptativos. De esta manera se logra facilitar al yo del paciente el acceso a estos contenidos reprimidos, entender los mecanismos de defensa implicados y liberar energías que estaban fijadas en dichos conflictos, promoviendo de esta manera un desarrollo personal más autónomo desde el punto de vista emocional.

Coderch establece una diferencia evidente entre las aplicaciones de estas técnicas según el tipo de psicoterapia. En la psicoterapia de apoyo, la sugestión (o aconsejamiento), la abreacción y la confrontación son las técnicas predominantes, con la finalidad de contener el malestar del paciente sin necesidad de indagar necesariamente en sus conflictos inconscientes. Por otro lado, en la psicoterapia expresiva, la interpretación tiene un papel fundamental, acompañada de la clarificación y la confrontación, que preparan el escenario para que el paciente pueda construir y elaborar significados más profundos de su vivencia^{vii}.

Para que sea factible este cambio entre ambos métodos terapéuticos, el paciente debe poseer algunas condiciones internas: una capacidad de inteligencia adecuada, un adecuado manejo de la ansiedad y una predisposición a cooperar en el proceso de terapia. De acuerdo con Coderch, estas habilidades no siempre se manifiestan desde el comienzo, pero pueden evolucionar gradualmente mediante la utilización correcta de los recursos técnicos mencionados, especialmente durante las intervenciones preparatorias que simplifican la transición de un encuadre de sustentación a uno más interpretativo y transformador^{viii}.

INTERVENCIONES PREPARATORIAS: UNA VISIÓN AMPLIADA

Desde esta necesidad de un pensamiento estratégico, se presentan dos casos clínicos, en donde queda patente que la terapéutica en ambas no sigue un proceso lineal, y cómo la elección de la modalidad terapéutica adecuada en cada momento requiere un ejercicio constante de evaluación, flexibilidad técnica y contención emocional. En ambas pacientes, los terapeutas encarnaron el objeto persecutorio durante el ingreso (bajo sus vivencias de engordarlas), y a la vez también

encarnaron objetos que se mostraron disponibles e interesados en hacer un trabajo ambulatorio no centrado en el síntoma alimentario.

Caso A.M.

A.M., adolescente de 14 años, llega al dispositivo después de varios ingresos en Pediatría por sintomatología alimentaria y autolesiones. A destacar la gran dependencia materna y lo infantilizado de su comportamiento.

Después de una primera fase de tratamiento en una planta de hospitalización de TCA, cuyos objetivos principales era la normalización de la conducta alimentaria y la renutrición, se propone iniciar tratamiento en formato de psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP), después de una primera entrevista estructural diagnóstica de organización límite baja: escisión marcada, idealizaciones rígidas, agresividad proyectada, y una imagen del self y del objeto fragmentada. Se acuerda un encuadre semanal con contrato terapéutico explícito^{ix, x, xi}.

Con el inicio del tratamiento, las primeras intervenciones focalizadas en explorar las conductas y ansiedades del contexto del tratamiento pusieron de manifiesto que la diada troncal de A.M. era la de imposición-rebelión. A pesar de los agradecimientos hacia el equipo terapéutico en los meses anteriores, con frecuencia se activaba en A.M. las transferencias paranoides vivenciadas concretamente, en donde difícilmente parecía capaz de considerar otras perspectivas alternativas a una percepción de otro que trataba de imponerle la salud. Como parte de la psicoterapia de expresión, la interpretación de la transferencia estaba limitada a una atención constante de la realidad inmediata de la vida de A.M. y las metas últimas del tratamiento^{xii}. Desde ahí, el terapeuta buscó dibujar un primer polo diádico en el que se encontraba la paciente avasallada, obligada a engordar y a venir a terapia. Como consecuencia de esto, fácilmente se abrumaba y se acrecentaba esta sensación en ella. En este primer periodo de tratamiento no toleró el análisis de esta transferencia primitiva, y tres meses después del inicio del tratamiento comenzó a adoptar una postura abiertamente negativista al tratamiento, a través del silencio prolongado.

Debido a esto, la estrategia del terapeuta con ella varió limitándose desde un punto de vista técnico a la clarificación, abreacción, la sugestión y la intervención ambiental. Se dejó a un lado la transferencia y su interpretación y, por tanto, eliminó la neutralidad técnica^{xiii}.

Al espaciarse la frecuencia de las sesiones, el terapeuta tuvo que realizar un mayor esfuerzo en la relación activa de unas sesiones con otras. También es importante resaltar que la actitud terapéutica varió, incluso en los momentos en los que de manera progresiva comenzó a retomar la neutralidad técnica, siendo las reacciones faciales con ella más expresivas con los adultos, con una comunicación activa de la calidad y una evitación de periodos prolongados de silencio^{xiv}.

Durante los meses posteriores de apoyo, se fue dando de manera progresiva la aparición de sesiones en las que A.M. toleraba intervenciones de carácter más exploratorio. En algunas de ellas, la menor llegó a reconocer los peligros que suponía para ella el proceso de mejoría: el peligro de ser ignorada por su familia (y por el mismo dispositivo por el que se sentía perseguida). Porque, tal y como se mencionó en el grupo de supervisión, es preferible un vínculo persecutorio a la ausencia de vínculo.

Caso H.

El caso H. describe la trayectoria clínica de una menor de 15 años, con antecedentes de múltiples cambios socio-familiares debido a los desplazamientos laborales del padre.

Tras el primer ingreso, fue derivada a hospital de día. Durante su estancia, los primeros meses tras el alta, la evolución fue tórpida, manteniendo dificultades para cumplir las indicaciones de forma prevista, que terminaba haciendo de forma mínima a pesar de todo. A la problemática alimenticia se unieron las dificultades sociales, con escasas relaciones más allá de las familiares, lo que redundaba negativamente. En este contexto, realizó una sobreingesta medicamentosa que determinó un segundo ingreso de menor duración, continuando seguimiento al alta en hospital de día. Hubo una mejoría los siguientes meses, valorando una buena adaptación tanto al recurso como al nuevo centro escolar donde cursó bachillerato. La buena evolución tanto desde un punto de vista

emocional como en lo referente a la distorsión de la imagen corporal, acompañada de resultados académicos inmejorables, evolución determinaron el alta del dispositivo de hospital de día. Unos meses después, a solicitud de la menor se inicia TFP con sesiones semanales vía zoom.

En el caso H. la complejidad devino al aparecer a los 11 meses de tratamiento desideración tanatofílica activa, sin aparente riesgo de paso al acto, pero con negativa a pedir ayuda por vergüenza de acudir a urgencia. Sumado a esta dificultad comienza con atracones que refiere difícilmente puede controlar. Estos dos factores hicieron dudar a la terapeuta de si la psicoterapia focalizada en la transferencia estaba siendo lo más idóneo y sobre todo las condiciones de trabajo en las que me iba encontrando. La angustia contratransferencial de la terapeuta de que algo no iba bien fue lo que permitió flexibilizar el encuadre a un formato más de apoyo, y regresar posteriormente al exploratorio una vez que las condiciones lo hacían posible^{xv}. Para la terapeuta fue poner sobre la mesa que si no había una posibilidad de control de los atracones o las ideas de muerte, era imposible seguir trabajando en esas condiciones.

Por tanto, a lo largo del tratamiento tanto la dificultad para pedir ayuda por parte de la paciente como la negativa a recibirla fue una de las complejidades del caso para la terapeuta, implicando el cuestionamiento continuo de si las intervenciones y modificaciones en la modalidad de tratamiento (incluyendo hospitalizaciones, atención en hospital de día, y seguimiento ambulatorio) eran las más adecuadas. Es un caso donde se visibiliza el desafío que implica el mantenimiento del vínculo en algunas pacientes jóvenes con trastornos de conducta alimentaria, en un proceso donde se requiere de flexibilidad, paciencia y un enfoque integral que combina diferentes niveles de tratamiento.

Así, las intervenciones preparatorias no se orientan únicamente a aumentar la capacidad reflexiva del paciente o a reducir la sintomatología más limitante, sino también a crear las condiciones necesarias para que la paciente pueda sostener un encuadre y un contrato terapéutico sin vivenciarlos como una imposición persecutoria. En muchos casos, el trabajo previo consiste precisamente en

transformar la experiencia del contrato (con mucha frecuencia asociada a control, sometimiento o pérdida de autonomía) en un acuerdo que pueda ser vivido como una iniciativa en colaboración que requiere su participación activa y su compromiso^{xvi}. Así, la manera en que el paciente se relaciona con el encuadre y con el contrato constituye un material clínico central durante esta fase del tratamiento.

DISCUSIÓN: ENTRE TÉCNICA, VÍNCULO Y MOMENTO EVOLUTIVO

En los relatos expuestos, acompañando a los avances anteriormente descritos, paradójicamente se despertaron ansiedades paranoides. El reconocimiento de que el terapeuta había podido ser de utilidad parecía darle demasiado poder a ojos de la paciente, acentuando esto el sentimiento de inferioridad, envidia y hostilidad que vino acompañando a una anulación de los avances^{xvii}.

En resumidas cuentas, en ambos casos se dieron situaciones en las que fue preciso abandonar la interpretación transferencial y pasar a un análisis sistemático de la conducta de ella con los demás (es decir, fuera de la transferencia), como etapa previa a la exploración posterior de la misma conducta en la situación del tratamiento. De alguna manera esto ayudó en ambos casos a empezar a entender el espacio terapéutico como un lugar donde podía expresarse libremente y dejó al descubierto el funcionamiento escindido en otras relaciones interpersonales. En este punto, el trabajo estuvo destinado a mostrar cómo las secuencias predecibles de idealización y posterior devaluación tienden a debilitar la objetividad del juicio de la paciente sobre los demás y a amenazar su relación con ellos, y cómo una reflexión crítica sobre cualquier juicio extremo sobre los demás podía ayudarla a discriminar su propia realidad^{xviii}.

El objetivo de estas líneas es demostrar la complejidad de la empresa en pacientes con tan baja capacidad reflexiva, y que en no pocas ocasiones los tratamientos ocurren por periodos e interrupciones, tal y como muchas veces explicaron nuestros supervisores. En ambos casos se hizo evidente el empeño de ambos terapeutas desde el inicio a trabajar en una psicoterapia exploratoria semanal y en el cumplimiento de un contrato en un momento en el que la paciente no estaba lista para

ello. La vivencia impositiva limitaba el acercamiento a ella desde esta modalidad de tratamiento. Fue a través de un formato previo de apoyo cuando ella empezó a entender el encuentro terapéutico como un lugar suficientemente seguro y poder tolerar la posterior presión transferencial que previamente la abrumaba.

En la formación TFP se parte desde el convencimiento de que una persona con un trastorno de la personalidad puede dar mucho más de sí de lo que inicialmente transmite, partiendo de una premisa de no encarnar la angustia del paciente. Más allá de esto, existirán siempre pacientes que no estén preparados (o dispuestos) al compromiso de una psicoterapia exploratoria y que precisen asistencia.

Actualmente vivimos en una época donde la patología caracteropática es la predominante, donde el diálogo mediado por el pensamiento y las palabras ha sido sustituido por el diálogo a través de la imagen, siendo un ejemplo evidente de ello las pantallas. Como ya expresó Giovanni Sartori, la humanidad ha pasado de ser Homo sapiens (el ser que piensa y comprende a través del lenguaje) a Homo videns (el ser que ve y recibe pasivamente imágenes). Esta transformación empobrece el pensamiento abstracto y crítico, ya que las imágenes no exigen interpretación ni reflexión^{xix}. Y esta es la realidad a la que nos enfrentamos todos aquellos que nos dedicamos a la psicoterapia psicodinámica.

Por lo anteriormente expuesto, es previsible la continua aparición de pacientes cuyos procesos terapéuticos sean alargados e interrumpidos en el tiempo, que precisen etapas de intervenciones de apoyo y otras posteriores de un formato más exploratorio. Los dos casos expuestos son buenos ejemplos de ello. El trabajo previo realizado en la extratransferencia permitió la entrada al mundo transferencial de una manera lo suficientemente tolerable como para no poner en riesgo el proceso terapéutico.

Independientemente de la modalidad de tratamiento, por respeto a las pacientes, siempre se les informó de las aspiraciones de ambas modalidades de tratamiento, qué se podía esperar de cada una de estas modalidades (incluyendo esto la renuncia que implicaba la modalidad de apoyo) y

cuáles eran los objetivos de ambos. Esto implicaba una responsabilización de las pacientes en su propio proceso, incluyendo aquí los desarrollos transferenciales que pueden surgir.

Además, en los dos casos previamente expuestos, resultó especialmente reveladora la visión de Limentani sobre la reacción terapéutica negativa^{xx}. La fantasía dominante en la transferencia era de fusión con la madre, con un sentimiento de brusca separación del terapeuta ante un atisbo de mejoría, donde se repetiría la experiencia traumática muy temprana de destete^{xxi}. Lo que, siguiendo las teorías del desarrollo de Winnicott y Margaret Mahler, podría suponer una separación patológica de la relación diádica en la que se expresa tanto un deseo de autonomía como de fusión.

Como conclusión, estos dos casos ilustran la complejidad y riqueza del proceso terapéutico en pacientes con organización límite de la personalidad. A lo largo de este recorrido, quedó demostrada la importancia de adaptarse a las necesidades cambiantes del paciente, transitando temporalmente por estrategias de apoyo.

La lección central extraída de estos casos es que, en pacientes con poca capacidad reflexiva, el terapeuta debe discernir cuándo insistir en la interpretación transferencial y cuándo priorizar la contención, sin perder de vista el objetivo último: crear las condiciones para que el paciente pueda, progresivamente, tolerar el trabajo exploratorio. Ambos casos nos muestran cómo, en determinados momentos, el proceso terapéutico es un diálogo constante entre el ideal técnico y la realidad del sufrimiento humano.

Francisco Garzón Navarro-Pelayo:

Trabaja como psiquiatra en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del hospital Virgen de las Nieves (Granada).

Miembro en formación del Instituto TFP Hispanoamérica (desde 2021).

Miembro en formación del Centro Psicoanalítico de Madrid.

Colaborador docente en el Curso de Psicopatología Fenomenológica I y II.

Soledad Padilla Muelas:

Trabaja como psiquiatra en Unidad de Salud Mental Comunitaria perteneciente al Hospital Universitario Torrecárdenas (Almería).

Miembro en formación del Instituto TFP Hispanoamérica (desde 2021).

Miembro en formación de SEPYPNA.

Colaboradora docente en el Curso de Psicopatología Fenomenológica I y II.

ⁱ Fairburn CG. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York: Guilford Press; 2008.

ⁱⁱ Kernberg O. Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo. Rev Psiq Uruguay. 2000;64(2):341-350.

ⁱⁱⁱ Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF. Psicoterapia centrada en la transferencia: su aplicación al trastorno límite de la personalidad. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2016.

^{iv} La persecución de la grasa (Copyright © 2023 Clínica Dres. Valenciano y Gonzalez, All rights reserved. Supervisiones).

^v Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. 3.^a ed. Barcelona: Ediciones Paidós; 2011. p. 57-62.

^{vi} Diamond D, Yeomans FE, Stern BL, Kernberg OF. Tratamiento del narcisismo patológico con psicoterapia focalizada en la transferencia. Barcelona: Octaedro; 2023. p. 225.

^{vii} Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. 3.^a ed. Barcelona: Ediciones Paidós; 2011. p. 63.

^{viii} Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. 3.^a ed. Barcelona: Ediciones Paidós; 2011. p. 64.

^{ix} Valenciano Martínez L, Rosique Díaz PA, González Molina P. Los preliminares de la psicoterapia focalizada en la transferencia, Psicopatol Salud Ment. 2015;26:61-72.

^x Labbé-Arocca N, Castillo-Tamayo R, Steiner-Segal V, Careaga-Díaz C. Diagnóstico de la organización de la personalidad: Una actualización teórico-empírica de la propuesta de Otto F. Kernberg. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2020;58(4):372-383.

^{xi} Carsky. How treatment arrangements enhance transference analysis in transference focused psychotherapy. Psychoanal Psychol. 2020;37(4):335-43.

^{xii} Caligor E, Stern B. Editorial introduction to the special issue: recent advances in transference-focused psychotherapy: extending and redefining the treatment model. Psychodynamic Psychiatry. 2021;49(2):173-7.

^{xiii} Kernberg O. Trastornos graves de la personalidad. México: Manual Moderno; 2005. p. 134.

^{xiv} Normandin L, Ensink K, Weiner A, Kernberg OF. Psicoterapia focalizada en la transferencia para adolescentes con trastornos graves de la personalidad. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2022. p. 191.

^{xv} Cruzat M, Claudia, Aspillaga H, Carolina, Behar A, Rosa, Espejo L, M. Catalina, & Gana H, Constanza. (2013). Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente. Revista chilena de neuropsiquiatría, 51(3), 175-183.

^{xvi} Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF, Yeomans FE. Terapia psicodinámica para la patología de la personalidad: tratamiento del self y el funcionamiento interpersonal. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2018. p. 609.

^{xvii} Diamond D, Yeomans FE, Stern BL, Kernberg OF. Tratamiento del narcisismo patológico con psicoterapia focalizada en la transferencia. Barcelona: Octaedro; 2023. p. 292.

^{xviii} Kernberg O. Trastornos graves de la personalidad. México: Manual Moderno; 2005. p. 139.

^{xix} Sartori G. Homo videns: la sociedad teledirigida. Madrid. Taurus; 2024.

^{xx} Limentani A. On some positive aspects of the negative therapeutic reaction. Int J Psychoanal. 1981;62:379-390.

^{xxi} Etchegoyen RH. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2005. p. 824.