



Universidad Nacional Autónoma de México  
Maestría en Psicología Clínica

**GRUPO DE REFLEXIÓN SOBRE LA CONTRATRANSFERENCIA  
EN PACIENTES BORDERLINE**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PRESENTA**

**GRETEL ADRIANA ARGUETA DÍAZ**

**TUTORA**

**DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MIEMBROS DEL COMITÉ**

**MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. CLAUDETTE DUDET LIONS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

México, D. F.

Octubre, 2015.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

***Para mi hija***  
*Eres luz en este camino*

Con una dedicatoria especial quiero agradecer a mi esposo su presencia amorosa y solidaria en la elaboración de este trabajo, sin duda su cercanía fue fundamental. También agradezco profundamente a mis padres por su confianza y apoyo así como a la Maestra Ruiz Piña por su entusiasmo y motivación. Gracias a la Doctora Nacach Salame por la generosidad de sus comentarios y su visión analítica, al licenciado Gálvez Noguéz de la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología por su paciencia y acompañamiento, a la Doctora Mancilla Gómez por su conducción y orientación técnica y finalmente mi gratitud a mi casa de estudios la UNAM, a la Ampiep y a mis pacientes por todo lo que he aprendido.

## Índice temático

<b>Resumen</b>	4
<b>Introducción</b>	5
<b>Capítulo 1</b> Desde dónde comprender la patología: apuntes teóricos	9
1.1 Conflicto versus déficit.	9
1.2 El paciente borderline	14
1.3 Revisión de bases teóricas psicoanalíticas: Sigmund Freud	16
1.4 Clasificación y diagnóstico de los pacientes borderline	19
1.4.1 Clasificación	19
1.4.2 Diagnóstico	24
1.5 Aportaciones de Otto Kernberg	26
1.6 Factores etiológicos	29
<b>Capítulo 2</b> Apuntes técnicos en torno al proceso psicoanalítico	32
<b>Capítulo 3</b> La Contratransferencia	41
3.1 Concepto	41
3.2 La relevancia de la reflexión en el análisis de la contratransferencia	51
3.2.1 El espacio de reflexión personal	51
3.2.2 Los grupos psicoanalíticos de reflexión	54
<b>Capítulo 4</b> Propuesta de trabajo	62
4.1 Propuesta de acción	62
4.2 Justificación	62
4.3 Objetivos	65
4.4 Participantes	65
4.5 Acciones propuestas	66
4.6 Materiales de trabajo	68
4.7 Criterios de evaluación	69
<b>Capítulo 5.</b>	
5.1 Conclusiones, limitaciones y sugerencias	70
<b>Referencias</b>	75
<b>Anexos</b>	79

## Resumen

Desde una visión psicoanalítica, se formuló una propuesta para integrar un grupo de reflexión para psicoterapeutas/ analistas en formación y psicólogos clínicos que analicen su contratransferencia con pacientes borderline. El propósito de dicho grupo es generar un espacio de reflexión que contribuya a pensar y digerir el impacto de las proyecciones de estos pacientes en los analistas así como para identificar el tipo de contratransferencia que se está manifestando. Entre las conclusiones a las que se llegaron son que entender la contratransferencia ofrece una mayor claridad sobre el comportamiento del paciente, además se subraya el énfasis de la autorreflexión y auto-observación del analista como recursos para hacerla consciente con el fin no perder la función analítica tan necesaria en este trabajo.

**Palabras clave:** Contratransferencia, borderline, espacio de reflexión personal, grupo de reflexión

From a psychoanalytic perspective, a proposal was made to integrate a group of reflection for psychotherapists / analysts in training and clinical psychologists who analyze their countertransference with borderline patients. The purpose of this group is to create a space for reflection that contributes to think and process the impact of the projections of these patients in the analysts as well as to identify the type of countertransference that is taking place. Among the conclusions reached are that understanding the countertransference offers greater clarity about the behavior of the patient, also underlines the emphasis of self-reflection and self-observation of the analyst as resources to make it conscious in order not to lose much-needed analytical function in this work.

**Key words:** Countertransference, borderline, self-reflection space, group of reflection.

## Introducción

Escucho en mi contestadora el mensaje de una mujer solicitando ayuda terapéutica, no deja su nombre, únicamente un teléfono para comunicarse a la brevedad posible, después de escucharla me pregunté ¿Qué le estará pasando a esta mujer que no pudo dejar sus datos completos? ¿Cuál era la gravedad, la urgencia de atención? En su primera consulta, esta paciente refiere: “no sé qué es mío o de mi hijo, pero desde hace mucho tiempo he estado triste y deprimida”. Además, expresa que siente que tiene la cabeza hueca, se percibe desorganizada y confundida porque no puede pensar ni concentrarse bien por todo lo que le ha pasado desde hace unos meses, a raíz de que su esposo se fue de la casa. Mi respuesta contratransferencial al principio fue de confusión, en ocasiones pasaba el tiempo de la sesión y no me quedaba claro qué le estaba pasando, su discurso iba dando tumbos de un tema a otro. Había oscilación en los afectos, en un momento se sentía triste, en otro expresaba enojo y desesperación, esto a la luz de la referencia teórica, me recuerda la descripción que hace Kernberg (1995), sobre los trastornos limítrofes de la personalidad, y la importancia que hay al inicio del tratamiento de experimentar y tolerar la confusión.

Ejemplo de lo anterior, es uno de los tipos de pacientes que actualmente llegan a la consulta, que se diagnostican como paciente borderline y aunque este término en su origen histórico (también se denominan como límite o fronterizos) causaba confusión e incluso, como lo menciona Masterson (1975) una desafortunada percepción en la psiquiatría; En la actualidad su detección, diagnósticos e identificación cuentan con marcos de referencia teóricos que dan claridad a estas patologías para su abordaje.

Según estadísticas referidas por López Garza (2004), la prevalencia de este padecimiento es del 0.7% en la población general, y es el que con mayor frecuencia asiste a la consulta hospitalaria, el autor agrega que este trastorno se acompaña de una tasa de suicidio de 10%, y de conducta autolesiva en 69 a 75%

de los casos; esto último ocasiona grandes gastos en salud por hospitalizaciones, visitas a las salas de urgencia y tratamientos ambulatorios prolongados e ineficaces. Por su parte, Quiroz (2004) jefe del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM, señala que la prevalencia es de 2 a 3% en los hombres y de 5 a 10% en las mujeres. Para los familiares de primer grado de estos pacientes (por ejemplo, hijos) el riesgo de padecerla es cinco veces mayor que entre la población general, siendo el riesgo mayor para aquellos que han sido diagnosticados con trastornos por abuso de drogas y los trastornos afectivos. Son personas que sin tratamiento viven unas vidas muy dolorosas y difíciles. Generalmente este padecimiento se diagnostica al principio de la edad adulta.

Como se puede observar, la patología borderline se presenta en una proporción importante de la población de pacientes que se reciben en la consulta psicoanalítica y psicológica en general. Para su estudio y tratamiento, la literatura es vasta, existen numerosos artículos y publicaciones. Motivo por el cual, la actualización teórica y análisis sobre las estrategias terapéuticas son una prioridad como parte de nuestro trabajo como especialistas en el área de salud mental y que a lo largo de nueve años de trabajo que tengo en la clínica ha sido uno de los principales padecimientos que se han atendido en la consulta. El deseo al realizar este trabajo es tener un mayor conocimiento con miras a un mejor trabajo terapéutico que beneficie al paciente, tan frecuentes en nuestros consultorios.

Escuchar al otro, entender el sufrimiento por el que atraviesa un paciente y poder devolverle el contenido de su comunicación en una intervención terapéutica lo considero un trabajo artesanal, es un arte que se construye y perfecciona con el paso del tiempo y el inevitable trabajo personal. Una competencia que los analistas en formación desarrollan es la posibilidad de integrar los datos de su contratransferencia en una intervención que les permita hacer un señalamiento, una clarificación o una interpretación. Para ello, es importante analizar los fenómenos contratransferenciales que se presentan en el tratamiento de estos pacientes debido al tipo de mecanismos de defensa que utilizan (principalmente la

identificación proyectiva, la escisión y negación). ¿Cómo diferenciar que lo que experimenta el analista es producto de lo que el paciente provoca o es algo que tiene que ver con su historia personal o patología?

Actualmente, la comprensión de la contratransferencia, implica tanto el registro de los sentimientos que se producen en el analista y el desarrollo las fantasías inconscientes a las que se enfrenta en el tratamiento. Así las reacciones mentales y afectivas que se generan en el contacto con el paciente ayudan a la comprensión analítica. El estudio de la contratransferencia ha crecido en los últimos cincuenta años, el paradigma de ser obstáculo a ser considerada como una herramienta ha implicado poder reconocer que el psicoanalista ante todo es un ser humano, que siente, piensa y registra. Lo anterior coloca la mirada en la función del terapeuta en sí mismo, es visualizarse como parte de un elemento que interviene y resuena en el vínculo terapéutico. Reconocer que la contratransferencia, forma parte de la interacción con el paciente implica que hay que tomar consciencia y trabajar en estos aspectos inconscientes.

El presente trabajo, tiene como propósito hacer una revisión temática así como plantear una propuesta de trabajo sobre el proceso psicoanalítico en la patología borderline, en específico sobre el manejo contratransferencial, para ello se propone un grupo de reflexión que permita ser un espacio para el análisis y estudio de los fenómenos contranstransferenciales. Este documento está constituido por cinco capítulos, el primero se orienta a la revisión sobre la patología borderline, qué se entiende por patología basada en conflicto intrapsíquico y por patología con déficits significativos, incluye algunas aportaciones psicoanalíticas actualizadas sobre el tema para su comprensión. La investigación retoma de forma general las contribuciones del fundador de la teoría psicoanalítica, Sigmund Freud, ya que hacer una lectura de su obra es indispensable y porque se considera que sus aportaciones son piedra angular para el estudio de esta patología. Los capítulos dos y tres, se refieren a los aspectos técnicos del proceso analítico con pacientes borderline, con énfasis en el



capítulo tres sobre el manejo de la contratransferencia desde la mirada de la escuela de relaciones objetales, y aunque esta revisión no es exhaustiva, si considera ofrecer un panorama global e integral sobre la temática del paciente borderline, la contratransferencia y su manejo y en ese mismo capítulo también se revisa el concepto de espacio de autorreflexión y grupo de reflexión. Todo lo anterior, permitirá que en el capítulo cuatro se formule una propuesta de trabajo sobre un grupo de reflexión que permita construir un espacio para aquellos analistas en formación o psicólogos clínicos que requieran trabajar con esta herramienta; las conclusiones a las que se llegaron, sugerencias y limitaciones se abordan en el último capítulo.

## Capítulo 1.

### Desde dónde comprender la patología: apuntes teóricos

*“Si el histérico era el paciente típico de la época de Freud, el fronterizo es el paciente problema de nuestro tiempo, según observó Knight (1953) hace más de veinte años. Podemos cuestionar la opinión de Knight sobre los pacientes de Freud, porque ya no se les puede comprender simplemente dentro de los límites de su neurosis histérica (Deutsch, 1957). Pero existen pocas dudas en cuanto a los pacientes fronterizos y nuestro tiempo. Y aun el caso de Freud del hombre de los lobos (Freud, 1918b) puede servir de paradigma para muchas de nuestras preocupaciones actuales en la teoría y el tratamiento psicoanalítico. El prototipo mítico del paciente de nuestro tiempo ya no es Edipo sino Hamlet.” (Green, 2001 p. 88).*

#### 1.1. Conflicto versus Déficit.

El concepto de estructura psíquica, es de suma importancia para entender el desarrollo mental y la psicopatología. En la clínica psicoanalítica, se habla de pacientes graves, de pacientes psicossomáticos, narcisistas o fronterizos cuyo diagnóstico y tratamiento requieren ser pensados a la luz de los avances y nuevos recorridos en el psicoanálisis.

Ha sido tema de discusión en la formulación de un diagnóstico, si ante un cuadro psicopatológico, nos referimos a la patología por conflicto intrapsíquico o por déficit. Definir ante qué tipo de paciente estamos tiene implicaciones en el proceso psicoanalítico importantes, en relación a lo anterior, Palacios (1997) explica que en los pacientes que acuden a consulta, el encuadre analítico tiene un contexto distinto en función de dos grandes grupos taxonómicos, así distingue a un grupo de pacientes estructurales caracterizados por tener constancia objetal cuya patología está determinada por la existencia de un conflicto intrapsíquico y el grupo preestructural así denominado por varios psicoanalistas mexicanos. Menciona que son pacientes cuya patología es consecuencia de deficiencias ocurridas durante el desarrollo temprano y, sea cual sea la categoría diagnóstica que se les asigne, no tienen constancia objetal. Agrega un tercer grupo, llamado

paraestructurales que se refiere a pacientes con estructura psicótica o cuadros psicóticos que pueden ser atendidos en el ámbito de una sala de consulta.

Ortiz (2011), refiere que la teoría del conflicto ha sido el eje de la comprensión de la teoría freudiana, entonces plantea una pregunta: ¿Es vigente hablar de ello cuando existen otras patologías en donde el conflicto no aparece como lo más relevante?, pregunta que en los diversos seminarios de mi formación también fue planteada, y que es pivote para las siguientes consideraciones: Green (2005), refiere que después de las aportaciones de Freud, las teorías posfreudianas, se orientaron hacia los elementos que conforman la estructura de la personalidad y las fallas encontradas en el proceso de la misma, muchos psicoanalistas a partir de 1975, destacaron el carácter epistemológicamente necesario de una teoría del encuadre analítico, subrayando a la vez sus límites ante el creciente número de estructuras no neuróticas en la práctica analítica. Por otra parte, hubo que reconocer que la teoría freudiana no explicaba a profundidad esas mismas estructuras. Así surge la necesidad de construir una nueva teoría a partir de la experiencia clínica nacida de esos nuevos cuadros.

Para algunos autores como Coderch (2002), es un error equipar el conflicto psíquico con patología, ya que no siempre que hay conflicto se produce una patología y referirse al déficit, es entender que en la estructuración de la mente, de algo se adoleció, que no llegó a constituirse de forma adecuada y esto puede ser porque faltó algo en el medio ambiente, o fue algo constitucional. En 2011 Ortiz, agrega que el conflicto es del mundo metapsicológico, mientras que el déficit se refiere a una visión fenoménica-ambiental.

Como podemos observar, este tema es objeto de controversia en el psicoanálisis. Al respecto, es importante señalar que a partir de la segunda tópica planteada por Freud, el modelo estructural (tripartita), es el que con mayor frecuencia se presenta para explicar la formación de la estructura mental, y facilita aclarar una serie de observaciones psicoanalíticas en términos de conflictos entre las

instancias psíquicas, por ejemplo, en una valoración clínica el predominio de una instancia con respecto a las otras conduce a la presencia de desequilibrios, o bien cuanto mayor integración exista en el Yo, Ello y Superyó implicará menor patología.

En algunas ocasiones se ha asociado el concepto de estructura psíquica con los postulados de la teoría estructural. Sin embargo, existen otros elementos para explicar cómo se conforma, como son las aportaciones de Melanie Klein o Margaret Mahler, quienes propusieron líneas de desarrollo más temprano en el que ocurren experiencias significativas para la formación de la mente; dichas autoras, destacan la relevancia que tiene la relación madre-hijo e introdujeron conceptos como la presencia del Yo temprano, Superyó temprano o la relevancia de la fase de separación-individuación, respectivamente. Conforme pasó el tiempo, se estudiaron otros aspectos que llevaron a la introducción de una nueva categoría para estudiar a los pacientes (borderline), así como los estudios sobre la patología psicósomática y de la perversión, que en su conjunto constituyen antecedentes para entender el despliegue de investigaciones que hay sobre la patología pre-estructural y aunque Freud propiamente no habló sobre el tratamiento para estos pacientes, (porque se centró en el estudio de las neurosis), si revisamos los casos clínicos con los que trabajó, hoy podríamos reformularlos como pacientes pre-estructurales como el caso del Hombre de los Lobos.

Uno de los psicoanalistas que condensa claramente la diferencia entre estos dos términos es Killungmo (1989), quien describe de forma muy esquemática las distinciones. En el psicoanálisis tradicional, la psicopatología es conceptualizada en términos de conflicto intersistémico, esto implica diferentes patrones de oposición entre los tres sistemas estructurales de la personalidad, Yo, Ello, Superyó y la realidad, además la fórmula principal de la evolución patológica es la siguiente: deseo pulsional, edípico-represión-regresión-formación de síntomas. Mientras que la patología basada en el déficit, se caracteriza por las fallas intrasistémicas, como una estructura defectuosa del sí mismo, la falta de

constancia del objeto, la difusión de la identidad, la escisión y la falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos, es decir, que la propia evolución de la estructura del Yo ha sido dañada, lo anterior, coincide con lo señalado por Palacios (1997).

Existen tres posturas teóricas predominantes en la actualidad sobre el concepto de conflicto (Killingmo, 1989);

1. Postura Kleiniana: el conflicto existe desde el nacimiento y toda la psicopatología se basa en el conflicto intrapsíquico. El psicoanálisis como procedimiento es aplicable a toda la gama de patologías.
2. Postura de Anna Freud y escuela del Yo: el conflicto se acota al conflicto intersistémico tradicional, y el tratamiento psicoanalítico es restringido solo a la patología basada en conflicto. El déficit evolutivo perteneciente a las primeras etapas evolutivas indiferenciadas, estrictamente hablando, no es parte del campo teórico específico del psicoanálisis.
3. El concepto de conflicto debe ser complementado por el concepto de déficit como parte de una teoría amplia de la evolución estructural. El tratamiento psicoanalítico clásico no puede aplicarse a todas las patologías, siendo necesario ampliar el alcance de la técnica analítica.

Por tanto, la principal diferencia entre conflicto y déficit puede ser formulada en términos de representación del significado emocional, es decir, en el déficit se hace referencia a una patología donde no existe una intencionalidad primaria<sup>1</sup> en donde el Yo ha sido dañado en un momento en el que su capacidad para

---

<sup>1</sup> Para Killigmo (1989) la intencionalidad primera se refiere a la capacidad rudimentaria del Yo del niño para experimentar la representación del sí mismo como responsable de sus necesidades y sentimientos, es agente de su propia vida y podrá atemorizarse ante sus propias "malas intenciones." Constituye un pre-requisito para el desarrollo de una patología a nivel de conflicto. En la patología por déficit, la intencionalidad aparece de forma secundaria, por ejemplo de inicio el niño no tiene participación intencional en el trauma, pero es posible que, como un acto de organización posterior, transfiera las "malas intenciones" de otras relaciones conflictivas hacia el trauma, con el fin de otorgarle significado a una experiencia que de lo contrario resulta confusa o aterradora. El mundo puede resultarle más tolerable a un niño pequeño si piensa que su madre lo dejó porque era un niño malo en vez de tener que enfrentar el hecho de que su madre simplemente lo abandonó.

representar causas y efectos, y su capacidad para experimentar al sí mismo como un centro estratégico no se han desarrollado todavía. El resultado de esta falta de diferenciación del Yo es un estado de confusión y de sentimientos amorfos de vergüenza y culpa (Killingmo, 1989). Por lo tanto, en la patología basada en el déficit no se trata de defenderse contra la angustia relacionada con lo que el autor denomina como las malas intenciones, por ejemplo, necesidades, fantasías y sentimientos prohibidos, dirigidos hacia el objeto, como sucede en el conflicto, de lo que se defiende es fundamentalmente contra la angustia de fragmentación, es decir, contra la pérdida de la propia sensación de identidad según lo explica Killingmo (1989). La patología basada en conflicto, es una patología de significados ocultos, en la patología basada en el déficit, el esfuerzo terapéutico no se dirige principalmente a revelar los significados ocultos, sino más bien a ayudar al Yo a experimentar el significado mismo. *“No se trata de encontrar algo más, sino de sentir que algo existe”* (Killingmo, 1989, p.2).

Una estructura da cuenta de una disposición mental, es algo no observable, que comprende todo lo que se repite en la experiencia y en el comportamiento del individuo de manera consciente e inconsciente de acuerdo con cierta norma (D. Guzik, comunicación personal, noviembre 2011). En esa línea teórica, el concepto de estructura derivado del segundo modelo propuesto por Freud, cobra mayor relevancia en la medida en que el psicoanálisis puso el énfasis en los déficits que existen en la conformación de la personalidad.

Freud (1915/1976b) postuló que la represión, es el mecanismo de defensa intrapsíquico por el que se inhibe la posibilidad de expresar los impulsos (sexualidad y agresión), con una descarga directa e inmediata y con predominio del principio del placer. Este mecanismo de represión de los impulsos, se instaura a partir del sepultamiento del Complejo de Edipo, alrededor de los cinco años de edad. La instauración de la represión, coincide con el establecimiento del Superyó, es entonces cuando hablamos de una estructura psíquica ya formada.

Cuando existen fijaciones y detenciones en el desarrollo de la estructura psíquica, ya sea por situaciones traumáticas repetidas, por exceso o por carencia de los cuidados y las gratificaciones de las primeras necesidades narcisistas del bebé, entonces se desarrolla la psicopatología que llamamos pre-estructural o de pasaje al acto, es decir, que en vez de que los impulsos se repriman, los impulsos se actúan, se “llevan al acto” directamente en la realidad, buscando su descarga y gratificación

Una consideración adicional, en la patología por déficit, las fallas psíquicas no sólo se originan por deficiencias en las vivencias, es importante considerar la complejidad de las interacciones padres-hijos y el factor constitucional, lo intrínseco que resalta por supuesto la teoría Freudiana, y en especial la teoría Kleiniana.

En conclusión, es importante pensar que en el trabajo analítico se requiere analizar tanto el déficit como el conflicto para entender al paciente, pues estos no son excluyentes, sin embargo, distinguir si estamos ante un paciente estructural o pre-estructural, es relevante porque básicamente lo anterior, contribuirá a la escucha que se haga durante las sesiones de análisis y desde donde estamos mirando al paciente.

Ahora con este marco de referencia, hablemos sobre lo que caracteriza al paciente borderline.

## **1.2 El paciente borderline.**

El concepto de paciente borderline se encuentra cada vez más presente en la literatura psicoanalítica. Al hacer una revisión teórica, se puede encontrar el uso de diferentes términos que hacen alusión a esta patología: límite, limítrofe, fronterizo, pre-estructural, pregenital y borderline, por mencionar los más frecuentes. En algunas referencias, se habla de un trastorno específico de la personalidad, en otras sobre un nivel de funcionamiento intermedio entre la

neurosis y la psicosis, o como un síndrome clínico o un subgrupo de los trastornos afectivos de la esquizofrenia. ¿Pero esta diversidad de conceptos es sólo semántica, de traducción o es una conceptualización distinta?, lo anterior resulta interesante, porque de esto dependerá la manera en que se mira al paciente sobretodo en el abordaje terapéutico.

Gómez de Cortés (2000), agrupa en dos bloques las distintas acepciones: el descriptivo y el psicodinámico. Aunque estos dos enfoques son distintos, considera que pueden complementarse. El primero centrado en la precisión de la identificación de síntomas, y lo vemos representado en los manuales de diagnóstico como el DSM o la CIE, su limitación es que no siempre clarifica las contradicciones que un paciente borderline presenta en su funcionamiento interno y externo. El segundo enfoque, se refiere al psicodinámico que incluye aspectos estructurales, dinámicos y de desarrollo, y no lo describen como un trastorno específico de la personalidad, sino como un nivel de funcionamiento patológicamente estable, ejemplo de lo anterior, es el Manual de Psicodiagnóstico Clínico, los trabajos de Bergeret (2009), y Grinberg (1977), por señalar algunos.

Para Ellman (2010), la relevancia sobre las aportaciones de Otto Kernberg al concepto borderline son la amplia explicación al concepto, su denominación como organización y descripción de las principales características sintomáticas, estructurales y genético-dinámicas. Dicho autor, explicó como un síndrome al que llamó organización limítrofe de la personalidad, para referirse a una organización patológica de la personalidad, específica y estable, considera que no es un estado transitorio que fluctúa entre las neurosis y las psicosis. Kernberg (1995) entiende por estructura una configuración normal o patológica de las relaciones objetales internalizadas constitutivas del Yo, Superyó y Ello.

Se puede observar que uno de los principales aciertos de este autor, fue el establecer las características comunes de un grupo de trastornos que entonces eran llamados estados limítrofes, personalidad pre-esquizoide, caracteres



psicóticos, personalidad limítrofe, esquizofrenia ambulatoria, esquizofrenia pseudoneurotica, personalidad como sí, personalidad esquizoide y otras. Con el paso del tiempo esta noción de psicopatología sigue siendo útil en la práctica clínica y en la profundización de los conocimientos sobre los trastornos de personalidad.

En resumen, ¿existe un cuadro clínico específico fronterizo?, desde la teoría de las relaciones objetales del Yo, si lo hay, con argumentos claros y buenas referencias empíricas. La patología fronteriza, no es una categoría intermedia entre la neurosis y la psicosis, sino una estructura específica. La semiología que la caracteriza puede ser seguida sin mayores obstáculos: existe ansiedad difusa más o menos crónica, signos de neurosis polisintomática, tendencias sexuales polimorfos y perversas, estructuras de la personalidad de tipo esquizoide, paranoide, ciclotímica o hipomaníaca.

Por tanto, cuando se habla genéricamente del paciente borderline, un analista puede estar refiriéndose desde la perspectiva del enfoque descriptivo (psiquiátrico) y no necesariamente al que explica Otto Kernberg, lo anterior implica dar un abordaje diferente. Al respecto pensamos que esta última perspectiva, tiene un alcance más amplio ya que comprende la experiencia clínica con estos pacientes. Para fines de este trabajo, se empleará el enfoque psicoanalítico, entendiéndose que para realizar una evaluación psicodinámica se requiere una comprensión profunda de aspectos básicos del funcionamiento y la estructura psíquica, que permitan diagnosticar aspectos de personalidad no siempre manifiestos en síntomas observables.

### **1.3 Revisión de bases teóricas psicoanalíticas: Sigmund Freud**

En los trabajos metapsicológicos y clínicos de Sigmund Freud, se pueden rastrear sus aportaciones al estudio de la patología borderline, aspecto básico a revisar en este trabajo. De acuerdo con Bergeret (2009), en el *Esquema del Psicoanálisis*, Freud distingue tres eventualidades a propósito de la posible ruptura de la unidad

del Yo: las psicosis, las neurosis y otros estados, más cercanos a las neurosis. La literatura posfreudiana, se ha apoyado en lo que Freud describió sobre el problema de estados clínicamente muy frecuentes, que no pueden ser referidos ni a una posición económica específicamente neurótica, ni a una posición económica específicamente psicótica.

La clasificación del paciente borderline, ha requerido reformulaciones teóricas importantes, para su estudio, se toma como base la definición del conflicto neurótico para establecer poco a poco distinciones entre diferentes categorías no neuróticas. Las referencias teóricas sobre el tema son amplias, y si bien Freud no la llamó como tal, si contribuyó con las bases para su comprensión.

En los antecedentes históricos, se observó la necesidad cada vez mayor de diagnosticar pacientes que no encuadraban en los criterios de las neurosis. A lo que se sumaron aquellos casos clasificados como patología del carácter de los comportamientos perversos, y a la presencia de pacientes psicósomáticos, o pacientes que pueden parecer psicóticos pero que no presentan fragmentación del Yo.

Aunado a la formulación del concepto de narcisismo, la relevancia del ideal del Yo, la descripción de la elección del objeto anaclítico, el descubrimiento del papel desempeñado por la frustración, llevaron a Freud a describir en 1924 una deformación del Yo, intermedia entre el estallido psicótico y el conflicto neurótico y destacar la relevancia del mecanismo de la escisión y renegación, de acuerdo con lo explicado por Bergeret (2009).

Al respecto, Alarcón (2009), en un artículo muy interesante en el que fue haciendo un trabajo de detective al ir buscando las pesquisas en los textos de Freud para la comprensión de la patología borderline encontró por ejemplo, que en el artículo *Tres Ensayos sobre una teoría Sexual*, Freud introduce el concepto de sexualidad pregenital, y que se desprende una idea clave para la psicopatología

psicoanalítica, que es cómo cada cuadro psicopatológico está relacionado con fijaciones en distintas etapas del desarrollo psicosexual. Lo cual da cuenta de los contenidos pulsionales predominantes en cada cuadro psicopatológicos, de sus defensas específicas y de lo más arcaico o evolucionado de la dinámica de cada uno de ellos.

En 1914 con *Introducción al narcisismo*, Freud camina de la dualidad supervivencia-sexualidad como ejes del conflicto intrapsíquico, a la dualidad libido del Yo o libido narcisista, contrapuesta a la libido objetal. De acuerdo con Alarcón (2009) en este artículo, Freud señala que tanto el Yo como el objeto no vienen dados desde el inicio, tienen que constituirse en una relación dialéctica. Describe la existencia de un narcisismo primario anobjetal, en el que hay un Yo ideal y fantasías de omnipotencia, que cuando va perdiendo fuerza por la instalación del principio de realidad se desliza al Ideal del Yo y al deseo de omnipotencia. Señala la importancia de que el objeto surge primero como un objeto de deseo, antes de ser un objeto de amor. Y en el artículo *Duelo y Melancolía*, encuentra la explicación clínica sobre el narcisismo, al señalar que la diferencia entre duelo y melancolía, está en el tipo de relación de objeto. El objeto perdido del melancólico, que *tuvo la posibilidad de un duelo normal, es un objeto narcisista*. El objeto no es visto como otro diferente y autónomo del que depende, sino como una parte de sí mismo. Se ama a sí mismo a través del objeto, cuando se pierde el objeto se siente como una mutilación. Con esto, el autor referido, abre la posibilidad de entender las patologías no neuróticas, las patologías del narcisismo, tanto las psicosis como los trastornos límite de la personalidad. Y finalmente acota que desde el *Proyecto de Psicología para neurólogos*, Freud explicaba el punto de fijación en la patología borderline, y la necesidad de la función materna como elemento estructurante del Yo.

*“El Yo es un núcleo diferenciado del aparato pulsional, destinado a contrainvestir, controlar y manejar adecuadamente la descarga motriz y que la acción no debe descargarse en vacío en la búsqueda descontrolada de la repetición de la experiencia de satisfacción. Para el adecuado desarrollo de esta función paraexcitadora del Yo, se deben cumplir dos condiciones, la primera presencia de la función materna suficientemente praexcitadora y narcisizante, que refuerza y apuntala su*

*instalación en el aparato psíquico. La segunda condición con el adecuado paso por la etapa anal de la libido. El yo se fortalece y consolida su poder en la segunda fase de la etapa anal.” (Alarcón, 2009 p.79).*

## **1.4 Clasificación y diagnóstico de los pacientes borderline**

### **1.4.1 Clasificación**

Existen tres niveles de organización de la personalidad: neurosis, psicosis y límite. En esta revisión, sólo se describirá la clasificación del paciente borderline y de acuerdo con Kernberg (1995, 2010) la organización límite de la personalidad.

La organización límite de la personalidad, se caracteriza por una difusión de la identidad lo que manifiesta una problemática en el sentido de realidad (función del Yo):

- Predomina la escisión como defensa pero se distingue de la organización psicótica de la personalidad por la presencia de una adecuada prueba de realidad.
  - Debido a la difusión de identidad, muestran importantes distorsiones en las relaciones interpersonales, especialmente en las relaciones íntimas con otros.
  - Falta de un compromiso consistente con el trabajo o la profesión
  - Incertidumbre y falta de dirección en muchas otras áreas de su vida existen diversos grados de patología sexual
  - Muchas veces muestran fallas para integrar sentimientos de ternura y sexuales, pueden tener una vida sexual caótica
- Estos pacientes presentan difusión de identidad, operaciones defensivas primitivas y diversos grados de deterioro superyóico.
- Esta categoría incluye para Kernberg todos los trastornos graves de la personalidad (esquizoide, esquizotípico, paranoide, hipomaniaco, el hipocondríaco, el narcisista y el antisocial.

Por su parte, Grinberg (1977) establece dos categorías de pacientes fronterizos (borderline), según las características de su sintomatología, de sus defensas y de la dinámica de sus relaciones objetales: los denomina pacientes fronterizos de tipo esquizoide y pacientes fronterizos de tipo melancoloide, respectivamente.

A través de su experiencia, constató que en las constelaciones polisintomáticas y defensivas de los pacientes fronterizos, se destacan elementos que en algunos casos se acercan más a los de las personalidades esquizoides, con su actitud de aislamiento y desapego, sentimientos de artificialidad, extrañeza y futilidad, autosuficiencia y exhibicionismo, tendencia a la despersonalización, etc. En cambio, en otros pacientes fronterizos que aparecen más acentuados los rasgos que recuerdan a la personalidad melancoloide con intensos sentimientos depresivos, desesperanza e impotencia, sensación de vacuidad interna, intolerancia a las separaciones con duelos patológicos, trastornos del desarrollo como resultado de los conflictos en el vínculo con la madre y con su imagen internalizada, etc.

Lo que es distintivo de la organización fronteriza independientemente de sus categorías, es el mantenimiento de los límites yoicos sin perder contacto con la realidad de manera permanente, ni caer en cuadros psicóticos. Así como la experiencia de separación y pérdida de objetos significativos para el niño, sea por pérdida de la madre en un sentido real o por el fracaso de la madre en su función de devolver de manera mitigada y metabolizada la angustia que el niño le proyecta. Estas experiencias de separación y pérdida pueden provocar reacciones depresivas intensas, trastornos en el desarrollo ulterior, tendencia a la confusión con perturbaciones de la identidad y falta de discriminación adecuada en las relaciones objetales. El niño frente a la ausencia de la madre, sufre una angustia sumamente intensa y se siente solo, sin apoyo y con terror a caer en el vacío. Este punto más adelante se revisará con las aportaciones de Masterson (1975), cuando habla sobre el fracaso en la separación-individuación.

El concepto de personalidad psicótica coexistiendo con el de personalidad no psicótica o neurótica, es una aportación relevante en los poskleinianos, como Grinberg (1977), quien lo utilizó como base para establecer estas dos categorías de pacientes fronterizos. Es importante no igualar el concepto de personalidad psicótica a un diagnóstico psiquiátrico, el autor más bien refiere una modalidad de funcionamiento mental cuyas manifestaciones se evidencian en la conducta, en el lenguaje y en el efecto que tienen sobre el observador, es decir, en todos los seres humanos existe un lado psicótico de la personalidad.

Entre las características de la personalidad psicótica están:

- Intolerancia a la frustración, junto con predominio de los impulsos agresivos que se manifiestan en odio a la realidad tanto interna como externa.
- Temor a una aniquilación inminente.
- Relaciones objetales prematuras que se establecen con tenacidad pero son precarias y frágiles.
- Uso de mecanismos de defensa evacuativos: identificación proyectiva patológica.
- Por exceso de frustración, existe afectación en contacto con la realidad y en casos extremos manifestaciones transitorias de psicosis.

Lo que distingue a estas dos categorías es: el modo en que el individuo se relaciona con los objetos como forma de contrarrestar su angustia de separación, la calidad de los mecanismos defensivos y la naturaleza de las emociones en juego.

La identificación proyectiva y el splitting (escisión), términos usados para definir mecanismos de defensa de acuerdo con Grinberg (1977), son usados como sustitutos de la represión, que es el mecanismo central de la personalidad no psicótica.

A fin de agregar otras reflexiones sobre la clasificación de los pacientes que no llegan a estructurarse en el nivel neurótico y no alcanzan una genitalidad más o menos aceptable, Alarcón (2009), describe que la clave para diferenciar las patologías neuróticas y no neuróticas, es el narcisismo o la organización narcisista. Al igual que Bergeret (2009), considera que la introducción del narcisismo y de la segunda tópica son relevantes para dar cuenta de patologías borderline. Agrega que tan importante es la pulsión y sus destinos, como el plano estructural y la dinámica de las relaciones de objeto. Por tanto, en los pacientes no neuróticos el fallo de la estructura o la precariedad con que se ha construido genera patologías y estrategias terapéuticas distintas, se está refiriendo a las psicosis y los pacientes límite o borderline.

Asienta el primer autor:

*“Como decíamos Manuel de Miguel y yo en la ponencia que presentamos en el Congreso Ibérico de Sevilla (2006) se trata de un trastorno en el que el yo de estos pacientes no ha completado una adecuada construcción” (p.79)*

Explica que para identificar el punto de fijación en los cuadros borderline y comprender la modalidad de su funcionamiento se debe considerar la aportación hecha por Karl Abraham sobre las dos fases de la etapa anal: la expulsiva y la retentiva y el concepto de *divided line*.<sup>2</sup>

El niño descubre que es capaz de controlar y dominar sus esfínteres y en ese descubrimiento se sigue un goce en el control que se extiende a todo aquello que lo rodea. Así él bebe empieza a tener mayor control sobre sus impulsos. Por tanto, si el Yo del paciente superó la fase expulsiva, (punto de fijación de la paranoia), no utilizará de forma predominante el mecanismo de la proyección y por otra parte el Yo no ha conseguido la integración y fortaleza de la fase retentiva cuyo fracaso conduce a la neurosis obsesiva (la más regresiva de las neurosis). En ella, la

---

<sup>2</sup> El concepto de *divided line* o línea divisoria se refiere la frontera entre fijaciones o regresiones psicóticas y las fijaciones o regresiones neuróticas. La división se visualiza desde el punto de vista fusional, se sitúa el primer subestadio anal de rechazo y el segundo subestadio anal de retención. Lo que permite entender que por un lado quede ubicadas todas las estructuraciones psicóticas y por otro las estructuraciones neuróticas. Bergeret (1978).

pulsión manifiesta todavía un poder muy grande, el Yo está relativamente pulsionado, por tanto, esta línea divisoria o divided line, esta entre la más evolucionada de las psicosis y la más regresiva de las neurosis. Enfatiza que la patología borderline tiene su punto de fijación en la divided line aunque si se constituye el Complejo de Edipo, este se estructura por una necesidad de control absoluto y una incapacidad para tolerar la frustración inherente porque es el tercero excluido, intentando ocupar el lugar de uno de sus progenitores. Agrega, que en estos casos no hay una renuncia al deseo por amor a los padres, sino porque el narcisismo y egocentrismo lo hará intolerable, lo que existe es una represión parcial y muy inestable.

Un punto interesante que nos gustaría resaltar, es el tipo o cualidad que adquiere este Superyó y es que se distingue por su sadismo y exigencia. Exige al Yo mucho más de lo que este puede dar de sí, hay predominio de las exigencias del ideal del Yo y en consecuencia es incapaz de cuidar al Yo, sólo sabe exigirle. Como es un fracaso inevitable, porque nunca se cumplirán estas exigencias, aparecen en estos pacientes autorreproches muy severos, por ejemplo, un paciente de este tipo, consideraba que debía lograr al 100% las metas que se había fijado, pero como no las consigue entonces el mismo devalúa su esfuerzo sin reconocer lo que si logra.

Para Alarcón (2009), el esquema de tratamiento de la neurosis y la interpretación de los sueños no es válido por lo precario de la estructura, no existe una represión suficiente y no siempre hay una diferencia entre contenido manifiesto y latente. Otra clave para diferenciarlos es el tipo de culpa que se origina, en estos pacientes más que sentimientos de culpa lo que se experimenta son heridas narcisistas. Son pacientes que no pueden tolerar ser humillados.



### **1.4.2 El diagnóstico.**

Existen diferentes elementos para considerar el diagnóstico del paciente borderline, por ejemplo Masterson (1975), señala cinco factores: el primero la enfermedad actual, la clave no son los síntomas sino la actuación de lo que él está comunicando y las defensas que el paciente utiliza contra la depresión por el abandono; segundo, la tensión precipitante, que se refiere a la experiencia de separación ambiental; tercero, la historia pasada de la estructura profunda del carácter, es decir, identificar evidencia de una fijación oral narcisista; el cuarto, el tipo de padres que tiene el paciente, por ejemplo padres con su propio síndrome fronterizo, lo que les dificulta su capacidad para desempeñar sus tareas parentales y el quinto, que es el tipo de comunicación familiar, en donde predominaron los hechos y no las palabras.

Para hablar de un diagnóstico borderline, se observan tres indicadores básicos que distinguen a una patología limítrofe de una estructura neurótica o psicótica: hay difusión de identidad, la prueba de realidad está conservada, y los mecanismos de defensa principales son de tipo primitivo (escisión, negación, idealización, idealización primitiva, identificación proyectiva, omnipotencia y devaluación). Es decir, se puede observar que un paciente presenta una difusión de identidad cuando se detectan contradicciones sobre sí mismo y de los objetos, sus relaciones interpersonales presentan un patrón de inestabilidad emocional, y están caracterizadas por la disociación, tiende a establecer relaciones objetales parciales, escinde entre lo bueno y lo malo de las representaciones de las imágenes de sus padres, esposo, hijo o de sí misma; por ejemplo, una paciente tendía a usar como mecanismo de defensa, la idealización primitiva en la que constantemente disociaba las representaciones de los objetos, relata que cuando se separó de su esposo, lo refiere como un desconocido, “no lo conozco, esa persona no es mi esposo” pero antes “era maravilloso, teníamos una relación de mucha confianza” o cuando habla de que su familia “era bien bonita” aunque muchas veces sus padres cuando salían los dejaban encerrados a ella y a sus

hermanos. Así, una característica fundamental es la falta de integración de los objetos como totales, no permite ver los defectos, cualidades en los otros. Otro de los mecanismos de defensa relevantes es el empleo recurrente de la identificación proyectiva, veamos otro ejemplo de una paciente que cuando refería que su hijo estaba triste o deprimido, realmente eran sus sentimientos o con su esposo a quien el deposita toda la agresión, y es el que maltrata, lastima sin llegar a darse cuenta de cómo ella también provoca ese tipo de situaciones.

Un punto que nos parece importante resaltar en la comprensión del paciente borderline, es el sentimiento de abandono que se observa en estos pacientes, en algunos tan intenso, e intolerable. Veamos otro ejemplo, una paciente, llega a buscar ayuda psicológica, cuando la angustia ante la pérdida del objeto, se hace patente, cuando siente que no va a volver a ver nunca más a su esposo. Lo anterior, nos lleva a pensar en los aspectos dinámicos y etiológicos de este trastorno, siendo el punto de fijación el fracaso en la separación-individuación.

Resulta de interés especial, rescatar las observaciones que hace Masterson. (1975), en su clasificación psicodinámica de estos pacientes:

Tabla 1. Cuadro de clasificación de los pacientes borderline de acuerdo con Masterson 1975.

Grupo	Características
1	No hay interés en personas, sino en las cosas, no demuestran sentimientos, centrados en sí mismos. Predomina el enojo, reflejo de un enojo originario, baja actitud de compromiso con las personas, abandonaron las esperanzas de construir relaciones significativas con otros, en su lugar desarrollaron un estilo de carácter alejado e indiferente para defenderse de esta depresión que se produce como consecuencia del interés personal y la pérdida. Similar a lo descrito por Bowlby etapa de separación.
2	Son incoherentes, se acercan a los demás y al ser rechazados se vuelven solitarios, se deprimen o se enojan (semejante a lo descrito por Bowlby en etapa de protesta y deseo de reunión), están perturbados, persiguen deseo de reunión intensamente, aunque con mucho temor al apego en caso de lograrlo, se protegen de este temor encerrándose en sí mismos, se sienten solos y deprimidos.

Grupo	Características
3	Se describen con la frase “como si”, reprimen sus sentimientos y su individualidad, interactúan mediante la imitación infantil, forma más básica, precursora de la introyección. Pasivos, esperan que los otros inicien la acción, son pacientes que se han defendido del enojo, depresión y dolor que ocasiona la pérdida del abandono. Represión total hacia cualquier individuación.
4	Reflejan etapas primera y segunda de Bowlby, protesta, deseo de reunión y depresión. Persiguen abiertamente el deseo de reunión y cuando su persecución falla experimentan una fuerte depresión por abandono.

Como se puede observar en esta tabla, entre las características que destacan en los cuatro grupos son el estilo de vida de los pacientes borderline como defensa contra la depresión por abandono, resultado de un proceso desafortunado de separación-individuación, los problemas en sus relaciones afectivas, la soledad depresiva o el vacío y como principal afecto la presencia de enojo.

Lo anterior, nos parece comprenderlo dentro del consultorio, ya que una de las manifestaciones clínicas importantes a analizar y trabajar en el tratamiento con estos pacientes, son las separaciones con el analista. Así cuando vienen las vacaciones, o algunas interrupciones o cancelaciones, el paciente puede responder con enojo, angustia, tal y como explica la teoría en donde el enojo es uno de los principales componentes afectivos. Tal es el caso de una paciente, que ante la separación por vacaciones de su analista, al regreso de las mismas la paciente no se presentaba la primera sesión. De ahí lo relevante de que las intervenciones terapéuticas se centren en estos aspectos, los cuales se verán en el capítulo dos de este documento.

### 1.5 Aportaciones de Otto Kernberg

¿Porque es importante un apartado sobre las propuestas de este autor? principalmente porque lo que se quiere subrayar es lo relevante de su trabajo, en la comprensión del paciente borderline. En la revisión se hace presente las críticas que algunos psicoanalistas emiten hacia sus aportaciones. Al respecto para Ellman (2010), Kernberg ha desarrollado conceptos fundamentales e incluso más

que algún otro autor contemporáneo y ha buscado dar respuesta con vigor e introspección. Las preguntas que el propone son de interés para los demás psicoanalistas y menciona que no se puede dejar de revisar la teoría de Kernberg aunque no se esté de acuerdo. Una de las mayores críticas es que no tiene una clara definición hacia una escuela teórica, su influencia fue tanto Kleiniana como de la Escuela del Yo (debido a su biografía, nacido en Chile y radicado en Estados Unidos). Sin embargo, para Ellman (2010), la teoría de Kernberg puede ser considerada como una integración de las teorías de Klein y Escuela del Yo y no la suma de diferentes conceptos, incluso el autor referido, explica lo importante que es seguir investigando sobre el trastorno límite de la personalidad.

Kernberg (2010) formula la definición del concepto borderline, la cual incluye los siguientes tres elementos.

1. Síndrome formulado por alguna o algunas de las siguientes manifestaciones: ansiedad crónica, neurosis poli-sintomática (múltiples fobias, obsesiones y compulsiones, conversiones, disociaciones, hipocondriasis e ideas paranoides); tendencias sexuales polimorfo perversas, personalidad pre-psicóticas, neurosis impulsivas y adicciones; trastornos de carácter de bajo nivel (personalidad histérica y personalidad infantil, personalidad narcisista, personalidad depresivo-masoquista).
2. Análisis estructural: manifestaciones inespecíficas de debilidad del Yo (falta de tolerancia a la ansiedad, falla en el control de los impulsos y carencia de vías sublimatorias), tendencia al pensamiento de proceso primario; mecanismos defensivos específicos (escisión, idealización primitiva, modalidades tempranas de proyección, en especial la identificación proyectiva, desmentida, omnipotencia y devaluación), y alteración de las relaciones objetales internalizadas (difusión de identidad).
3. Análisis genético dinámico; condensación de tendencias pregenitales y genitales investidas con agresión oral como consecuencia de un desarrollo temprano de las tendencias edípicas.

El síndrome de difusión de la identidad, implica una falta de integración de su concepto de sí mismo y de las personas más significativas. El concepto de difusión de identidad, lo elaboró Erikson<sup>3</sup> para diferenciarlo de los trastornos de la identidad y la crisis de identidad de la adolescencia, Kernberg (en Ellman 2010) añade que la difusión de la identidad no consiste solo en una desintegración del concepto de sí mismo, sino también del concepto de las personas más significativas de una persona, lo cual se manifiesta de diversas formas: sentimientos de confusión, vacío, inautenticidad; falta de interés genuino en el trabajo y otras actividades sociales y culturales; dificultad de establecer relaciones íntimas, e incapacidad para entender la perspectiva subjetiva de los demás y empatizar con ellos.

Para Ellman (2010) las principales aportaciones de Otto Kernberg se encuentran en la capacidad del autor por sintetizar observaciones clínicas de la escuela americana e inglesa de relaciones objetales, así como integrar sus propias observaciones y desarrollar una clasificación sobre la patología del carácter y la personalidad borderline. Considera relevante el método de entrevista que desarrolló con criterios sistematizados que permiten llegar a un diagnóstico determinado para seleccionar el tipo de tratamiento y pronóstico de un paciente. Así como la importancia de la psicoterapia modificada que explica Kernberg. Finalmente agrega que otra de las fortalezas de este autor es que en sus escritos siempre relaciona sus puntos de vista teóricos con lo observable clínicamente, así como su disposición para hacer predicciones lo que puede hacer más fácil el camino para nuevas investigaciones y los numerosos escritos clínicos en distintos campos del psicoanálisis.

---

<sup>3</sup> Erikson explica que la identidad del yo tiene que ver con un sentido de mismidad o continuidad que perciben tanto el individuo como otras personas sobre él mismo. Pensó que esta identidad del yo se forma a partir de la integración de todas las identificaciones (entiéndase padres, figuras significativas del ambiente social, familiar, grupo), pero el conjunto es cualitativamente diferente de la suma de sus partes. El desarrollo en condiciones normales, dan lugar a la constitución del yo, superyó y ello, mientras que en situaciones adversas del desarrollo producen el síndrome de difusión de identidad, aspecto central de los trastornos limítrofes. (Kernberg en López Garza 2004).

## 1.6 Factores etiológicos

Entre los antecedentes que contribuyen a la etiología del trastorno límite, son la presencia de maltrato infantil y el tipo de apego, factores que han sido señaladas por López Garza (2004).

Las contribuciones que han hecho la teoría del apego de Bowlby y los trabajos de Fonagy (en López Garza, 2004) refieren cómo los pacientes límite tienen fallas en la función reflexiva o de mentalización<sup>4</sup> que les impide reconocer en ellos mismos y en los demás, los estados emocionales intensos y la intencionalidad de las conductas que se generan en las interacciones interpersonales complejas. En los estudios de Bowlby (citado por López Garza, 2004), sobre el duelo infantil por la separación-individuación, menciona que cuando ésta no es exitosa en el niño, se dan tres tipos de manifestaciones tales como la protesta y el deseo de reunión, la desesperanza, y la desvinculación (aunque puede parecer un signo de recuperación porque acepta a otras personas, cuando ve a la madre hay una ausencia total de apatía, hay alejamiento y pérdida de interés en ella).

En el paciente borderline, predomina el apego de tipo inseguro-preocupado y no resuelto, es decir, su conducta es de búsqueda de proximidad por medio de ruegos, llamados de atención y aferramiento, lo que se produce en sentimientos de soledad, terror al abandono y búsqueda de estabilidad a través de objetos y relaciones transicionales, como las que se pueden dar con el analista

Basado en los postulados teóricos de la teoría de Margaret Mahler sobre el proceso de separación-individuación, Masterson (1975) explica que para el

---

<sup>4</sup> La mentalización de acuerdo con López Garza (2004), se refiere a la habilidad para pensar sobre los estados mentales de uno mismo y de los demás. La habilidad para regular las reacciones emocionales se logra una vez que se estableció un sistema diádico mamá-bebé, en donde las señales afectivas del bebé son entendidas y respondidas. El bebé aprende que cuando hay una alerta emocional en presencia de la madre no rebasará sus habilidades de afrontamiento de tales reacciones. A partir del primer año de vida hasta los tres años, se desarrolla la función reflexiva, que permite distinguir que la conducta de los demás puede estar motivada no sólo por los deseos y comportamiento del infante.

paciente borderline, la separación no evoluciona como una experiencia normal de su desarrollo, sino que se producen fuertes sentimientos de abandono que pueden ser experimentados como mortales. La madre de este tipo de pacientes, también sufrió la incapacidad para separarse de su propia madre, por eso le es tan difícil manejar la individualidad emergente del niño, cualquier separación les es intolerable y amenazante. Son madres que estimulan la dependencia y la simbiosis patológica. Así establece que entre el 1 ½ y los 3 años, surge un conflicto en el niño entre su propia evolución hacia la individuación y autonomía y el retiro de los suministros emocionales por parte de su madre. Es como si le dijera la mamá: “si creces y te separas te voy a abandonar”, “no te voy a querer”, necesita de la aprobación de ella para poder desarrollar su propia estructura yoica, ya que como es pequeño no es capaz de tolerar estos sentimientos y entonces el Yo sufre una división, y niega su propia individualidad por lo amenazante que resulta perder el amor de la madre. Refiere que el apego que se da es enfermizo, la división del Yo y la negación se refuerzan mediante diversos mecanismos de defensa, que más adelante conformarán parte del cuadro clínico que se observa en los pacientes borderline: actuación, formación reactiva, mecanismos obsesivo-compulsivos, proyección, negación, aislamiento, desvinculación y retiro del afecto. La necesidad del paciente de defenderse de estos sentimientos de abandono, producen un estancamiento evolutivo, estos sentimientos son desalojados de la conciencia al inconsciente, y es lo que produce la detención en el desarrollo y el cuadro clínico que se ha descrito. Por tanto, el paciente borderline ha superado la etapa simbiótica pero ha quedado fijado en una de las subfases de la etapa de separación-individuación, posiblemente la de acercamiento (15-22 meses), cuando la capacidad de compartir de la madre se convierte en un elemento crucial en este proceso de individuación.

Para cerrar este capítulo, lo anterior nos lleva a pensar en las consideraciones técnicas para trabajar con este tipo de pacientes que serán desglosadas en el capítulo dos y tres, vale la pena destacar, la importancia de contar con un marco teórico que permita entender la dinámica de personalidad del paciente borderline,

por ejemplo, las aportaciones que la teoría del apego hace en cuanto al trabajo terapéutico, sobre desarrollar la función reflexiva y mentalizadora a través de la interacción con el analista.



## Capítulo 2.

### Apuntes técnicos en torno al proceso psicoanalítico

*“Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que sólo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de las movidas que siguen a las de apertura. Únicamente el ahincado estudio de partidas en que se midieron grandes maestros puede colmar las lagunas de la enseñanza. A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico.”*  
(Freud, 1913 p. 125).

Se podría pensar que en este capítulo se abordaran todos los temas que existen en la literatura psicoanalítica sobre los problemas relacionados con lo que sucede en el tratamiento psicoanalítico de los pacientes borderline y narcisistas. La variedad de situaciones que surgen en un análisis no permiten que se formulen recetas ni parámetros estáticos, de ahí que la frase con la que se inició este capítulo sea a partir de lo que Freud (1913/1976) refiere sobre el trabajo analítico y su analogía con la técnica del ajedrez, es decir, se puede hablar de aperturas pero no sobre las “movidas” sobre lo que ocurre en el espacio psicoanalítico. Aclarando lo anterior se intentará, ocuparse de algunos parámetros técnicos y problemas específicos.

En sus escritos, Freud propuso varias reglas sobre la iniciación de la cura, en algunos artículos, los presenta como consejos relativos a la selección de pacientes, la definición de los primeros pasos para iniciar el tratamiento, la relevancia del encuadre y las variables tiempo, dinero, frecuencia de las sesiones, duración, y si bien, no se consideran propiamente un manual, si constituyen los parámetros básicos para el trabajo analítico. Se podría concluir, que lo que distingue el trabajo psicoanalítico de otros enfoques en el trabajo con pacientes, es el análisis de la transferencia, contratransferencia y manejo de las resistencias (R. Berman, comunicación personal, octubre 2006 y septiembre 2009).

A partir de lo propuesto por Freud, la técnica psicoanalítica ha evolucionado, y ampliando los conceptos teóricos y técnicos, el mismo Freud amplió sus observaciones derivado de su trabajo clínico.

En cuanto a las consideraciones técnicas con los pacientes borderline, una de las discusiones centrales es si son analizables o no, ¿se puede aplicar un psicoanálisis tradicional o una psicoterapia modificada?, al respecto Paz (2009b), hace un recorrido histórico sobre las posturas técnicas de algunos psicoanalistas para responder a esta controversia. Menciona que la primera referencia explícita que se identifica en la historia del psicoanálisis sobre el tema es la de Adolph Stern cuyo objetivo principal era, ayudar al paciente a comprender a la persona del analista, destacaba la relevancia de la transferencia-contratransferencia, prefería un trabajo cara a cara, ya que el uso del diván contribuía a la desconexión del paciente, se podría entender que estaba en pro de la analizabilidad de los pacientes.

En contraste, Kernberg de acuerdo con Slucki y Wikinski (2004), propone la modificación de la técnica clásica, ya que considera que el paciente borderline está viviendo en el análisis sus vínculos más tempranos, a lo que se agrega el uso del mecanismo de defensa de la escisión, que genera experimentar a los objetos en buenos o malos y el analista puede llegar a ser percibido como una figura amenazante, o buena y perfecta. El objetivo de su tratamiento, es llevar al paciente a descubrir sus distintos estados yoicos e integrarlos en un todo. Para ello, se requiere la elaboración de la transferencia negativa de forma sistemática, sin reconstruir el pasado, lo que protege al paciente de los impulsos agresivos que lo ponen en riesgo y esto le permite controlar sus actuaciones. La transferencia inicial es caótica carente de significado y vacua, y la contratransferencia es tan intensa que puede hacer peligrar el tratamiento. Pueden aparecer en el propio terapeuta impulsos agresivos hacia el paciente y puede darse también una cierta pérdida de los límites yoicos en la interacción con él. Se espera del analista que devuelva al analizando, la síntesis de las emociones que están expuestas en el vínculo.

Por su parte, Paz (2009b) rescata las aportaciones de Otto Kernberg sobre la psicosis de transferencia masiva, que se observa en estos pacientes durante la

sesión, pueden llegar a tener ideas delirantes o alucinaciones, perder los límites entre él y el analista (por el tipo de mecanismos primitivos que usan), aunque no olvidemos que la pérdida de la prueba de realidad se acota a la sesión, mientras que en los psicóticos invade su vida. Es decir, en la transferencia parecen psicóticos, pero al terminar la sesión vuelven a funcionar con aparente normalidad. De ahí que la contratransferencia sea un instrumento clave para la comprensión de los pacientes, en este caso borderline y narcisistas.

La escuela francesa representada en este capítulo por André Green (citado por Slucki y Wikinski, 2004), explica que las interpretaciones clásicas no son útiles en este tratamiento debido a las dificultades del paciente para trabajar en asociación libre, ya que en ocasiones derivado de una interpretación se deberían generar nuevas conexiones, por tanto, el proceso de elaboración es paradójico debido a las dificultades para distinguir pensamientos, representaciones y afectos. Estos pacientes, comunican al analista los problemas de integración, cohesión y la coexistencia de pensamientos, afectos y fantasías contradictorias. Podemos considerar que contratransferencialmente el analista experimenta sentimientos de vacuidad y sobretodo el vínculo con el paciente se percibe frágil.

En cuanto al uso de los sueños, los considera más como una descarga del aparato psíquico, privilegia la experiencia del soñante y no el contenido, son sueños que se caracterizan por la concretización. Idea contrastante con lo establecido por Paz (2009a), quien en su artículo plantea la relevancia de los sueños, destaca el carácter evacuativo que busca ser contenido, este autor aprovecha lo que se comunica transferencialmente y la retroalimentación que brindan a la función materna de reverie. Desde nuestra experiencia, la relevancia del análisis de sueños con estos pacientes es importante de valorar.

Queremos hacer una pausa, para destacar que la mayoría de los autores coinciden en la intensidad de la transferencia-contratransferencia que se produce en el trabajo con estos pacientes siendo un aspecto técnico medular. Se entiende

por transferencia las reediciones de situaciones del pasado, de fantasías, vivencias traumáticas que adquieren significado en el presente, por la cualidad misma del inconsciente –pasado y presente son iguales- pero tienen su variación, no solo es una repetición, sino una reactualización. Pero a la transferencia no se le puede comprender si no se trabaja con su par, la contratransferencia. Es como si lo visualizáramos como un movimiento dialéctico, uno produce efecto en otro. En ese sentido es importante hablar de la resonancia afectiva en el analista y de que pueda reconocer y entender su inconsciente para comprender al paciente.

Como podemos observar en las referencias actuales sobre técnica con pacientes borderline, confieren importancia central a los fenómenos contratransferenciales que son determinantes de la viabilidad del proceso analítico. Es relevante distinguir las aportaciones que hizo sobre la contratransferencia (complementaria y concordante) H. Racker (1986), las cuales se explicarán más adelante en este documento.

A lo anterior, se agrega que si entendemos que es una patología por déficit, resulte fundamental ayudarlos a obtener experiencias que no tuvieron o que fueron débiles al principio de sus vidas, con esto quiero dar paso a reflexionar sobre la función del analista como figura de sostén, en algunos casos se habla de que el analista presta su capacidad simbólica al paciente y de la importancia de la manera en que se interpreta al paciente, aquí nos viene a la mente el trabajo de Winnicott y por supuesto de Kohut, quien considera que las interpretaciones profundas pueden reforzar la escisión. Son pacientes narcisísticamente vulnerables, y pueden visualizar con frecuencia al analista como un peligroso agresor, por eso pueden responder de forma agresiva si considera que la interpretación amenaza su seguridad, además Brox (2014) menciona lo importante que es no herir su self, el temor inconsciente que experimentan estos pacientes de depender y a necesitar al otro porque sería la confirmación de sus sentimientos de poca valía. Lo aquí explicado, lo observamos en pacientes cuando en su discurso existen las contradicciones sobre la petición de ayuda, ya que por una parte la

necesita y al mismo tiempo, puede ser resistente a recibirla. Por ejemplo, una paciente que solicita urgentemente una cita para ser atendida, pero que cancela recurrentemente.

*“Hay insuficiencia narcisista que con lleva a que germinen temores, daños vergüenzas que dañan la vulnerable identidad y estancan en la vergüenza o humillación.” (Brox, 2014. p.153).*

Desde la teoría de Winnicott, el encuadre y el analista no representan a la madre: son la madre. Este autor puntualiza en sus trabajos de 1962 y 1969 referidos por Slucki y Wikinski (2004) que la técnica y posibilidades análisis de estos pacientes, no se ve afectada si el objetivo sigue siendo verbalizar la incipiente conciencia en términos de transferencia, en ese sentido se estará practicando análisis.

Para Brox (2014) en estos casos, el analista debería tener una función materna, aquí nos lleva a pensar que lo anterior también se puede presentar en pacientes con otro tipo de patología. Por función materna, nos referimos a aquello que el objeto primario debió haber proporcionado, tales como la disponibilidad afectiva, actitud empática, de sostén y protección entre otras.

Al igual que Masterson (1975), concordamos con la idea de que padres borderline generan hijos borderline, es decir, el paciente se identifica con la patología del padre o madre o ambos (al constituirse como modelos de identificación), además estos padres se caracterizan por presentar la intensidad de sus afectos, por emociones incongruentes y con poca calidad en el contacto, son padres con tendencias al abandono que establecen vínculos excesivamente intensos, en ocasiones destructivos.

Siguiendo a Bion (en Fraley, 2007) el trabajo del analista, debe ser continente de las ansiedades del paciente. Este autor de padre inglés y madre india, describe como entre la madre y el bebé, hay desde el inicio de la vida un vínculo emocional muy profundo. El bebé tiene necesidades físicas y psicológicas, siendo una de

esas contar con un objeto externo en el cual pueda volcar sus ansiedades. Si la angustia es muy intensa debido a las fantasías persecutorias, el bebé debe poder depositarlas en la madre, quien tendría que metabolizarlas y devolverlas al bebé de una forma más asimilable y menos angustiante, es decir, metaboliza este material para su hijo, por ejemplo, pensemos como la madre, tranquiliza, calma cuando hay una pesadilla o un momento de intranquilidad, puede usar o no las palabras, lo importante es como recibe la angustia y la amortigua; De acuerdo con este autor, si la madre se angustia mucho y en lugar de ser continente devuelve la angustia al niño este puede caer en el estado que se denomina terror sin nombre.

Fraley (2007), en su artículo sobre el modelo de la mente de Bion, explica que la relación continente-contenido se expresa como algo complementario entre la proyección del niño y la receptividad materna. La madre es continente de lo proyectado, lo recibe y lo procesa. Desde esta teoría se denomina reverie (ensoñación) a este estado de receptividad materna. Es decir, el bebé necesita de esta función de la mente de su madre para poder enfrentar las ansiedades intensas (que están conectadas con el sadismo y pulsión de muerte retomando las aportaciones de Melanie Klein) que tiene y de acuerdo con esta teoría es lo que técnicamente sucede en el análisis de los pacientes borderline y narcisistas donde el analista tiene que ser continente de dichas ansiedades.

Por su parte, Brox (2014) expresa que en estas patologías más que el conflicto, se constata el déficit y esto deriva en algunas adecuaciones técnicas para hacer frente a los problemas narcisista-identitarios que estos casos presentan (dificultad en la diferenciación yo-otro, los problemas de apego así como la agresividad y otras afectaciones que vive el sujeto y los vínculos que lo originan). Coincidimos con este autor y podemos destacar que los problemas más frecuentes por los que llegan estos pacientes, tienen que ver con el vínculo que establecen por ejemplo, las dificultades en las relaciones con el otro, consigo mismo, el temor a ser abandonados que los lleva a sentir sentimientos de soledad y rechazo, a la vivencia de sentirse desamparados, a problemas de desorganización y de

actuación, por conductas autodestructivas como las adicciones o autoagresiones, es decir, se acotan las fallas en el funcionamiento de su Yo, la falta de tolerancia a frustración y regulación de sus impulsos, (principalmente la rabia), sin embargo, podríamos enumerar aún otros motivos de consulta por los que llegan estos pacientes al consultorio.

A la luz de los planteamientos revisados, quisiéramos agregar los formulados por Paz (1977, 2009a y 2009b), por lo interesante de contrastar posiciones técnicas, este autor, toma como referente su tesis desarrollada desde los años setentas que se vió nutrida por las aportaciones de la escuela kleiniana (Rosenfeld, Bion y Meltzer) así como de Bleger, Liberman y Grinberg en cuanto a los abordajes sobre el psicoanálisis de la parte psicótica de la personalidad (entiéndase como fenómeno clínico).<sup>5</sup>

En general, destaca la importancia de mantener el encuadre lo más estable, riguroso y definido<sup>6</sup> debido a la necesidad de estructura que requieren estos pacientes, aunque habrá que estar alerta a no caer en una actitud de rigidez (por contraidentificación proyectiva) que él denomina psicosis del encuadre, ejemplos que el refiere es el temor a no hacer ningún cambio porque el paciente se vea afectado, aquí nos parece que todo cambio que suceda dentro del setting analítico debe ser analizado y en estos pacientes se debe trabajar con mayor anticipación cualquier separación del analista. Premisa que se enriquece con lo descrito por Brox (2014), en el que el encuadre debe ser sostenido flexiblemente permitiendo la posibilidad de canalizar, ordenar y elaborar las frecuentes variaciones que en este tipo de pacientes se observan.

---

<sup>5</sup> La personalidad psicótica se refiere más a un estado mental que a un diagnóstico psiquiátrico, el término delimita un modo de funcionamiento mental cuyas manifestaciones se evidencian en la conducta, el lenguaje y en el efecto que tienen sobre el observador. (Bion en Fraley, 2007).

<sup>6</sup> Se entiende por encuadre al conjunto de actividades no interpretativas que tienen por finalidad mantener la marcha ordenada del proceso psicoanalítico, se incluye regulación de honorarios, observación de horarios, cambios, inicio, final y duración de la sesión. (Rodrigué en Paz, 2009b).

Debido a la transferencia tan intensa que se genera, será recomendable dejar un lapso de tiempo algo mayor con otros pacientes; considerar la reposición de forma voluntaria de las sesiones suspendidas, ya que permite que su Yo regule lo que pueda tolerar como gratificación. La relevancia de la frecuencia y ubicación de las sesiones, el manejo y pago de honorarios, que en ocasiones es difícil de resolver dado que son casos graves y finalmente, su preferencia por el uso del diván, posición distinta a Otto Kernberg o Adolph Stern entre otros; al respecto de su experiencia en el uso del diván le ha permitido trabajar con facilidad el manejo de la transferencia. En este último punto, explica que las dificultades emergen por la presencia alternada de momentos transferenciales, neuróticos y psicóticos inclusive dentro de la misma sesión. Para él, los problemas técnicos no atañen a los riesgos de interpretar la transferencia negativa, (como lo establece Otto Kernberg), sino con los distintos niveles a los que se enfrenta el analista en estas circunstancias.

En concordancia con lo establecido por Stern (en Paz, 2009b), los pacientes borderline:

*“...demandan toda nuestra ingenuidad, conocimiento, dotación y paciencia para poder entender e interpretar los matices transferenciales, vinculados a la estructuración de sus series complementarias conformadas en evoluciones vitales no dispares, no reducibles a modelos únicos.” p. 169*

Las características transferenciales tienen que ver con elementos del vínculo temprano, por ejemplo, su extrema dependencia, su necesidad de pegarse al analista, y aquí podemos pensar en lo expuesto por el fracaso en la separación—individuación y las explicaciones sobre el apego inseguro. Para Paz (1977), primero hay que diferenciar el trabajo cuando surge la transferencia psicótica, donde el paciente se confunde con el analista y aprovechar los momentos de transferencia neurótica para salir de la proyección masiva, segundo hacer énfasis en la discriminación al interpretar, por ejemplo, marcando con precisión personas y roles, insiste en el yo, usted, en lo suyo y en lo mío, y tercero valora, la emergencia de material histórico infantil y adulto contando con las posibles re significaciones a posteriori, estima que esta recuperación del pasado ayuda a



diferenciarse de los objetos primarios y recuperar nuestra condición de analistas y permite al paciente empezar a tener recuerdos, en lugar de estar sobrecargado de vivencias, desarrollando su función mnémica.

Además, existen tres problemas técnicos de los que nos alerta este último autor, la necesidad del analista a interpretar apresuradamente (no considerar el timing ni tolerar la angustia de la confusión, de los silencios prolongados) por sentirse culpable, lo que contribuye a aumentar la resistencia del paciente, y el manejo de la rabia narcisista. La rabia que aparece es una de las características que más afectan a estos pacientes, su tendencia a la destrucción o como algunos autores que se han revisado lo denominan como violencia hacia el vínculo, que se ve manifestado en conductas agresivas hacia sí mismo o hacia los demás, lo anterior tiene un registro a nivel contratransferencial del cual el analista tiene que estar atento.

Nos parece interesante y valiosa su aportación sobre conceder la importancia de recuperar y revivir el pasado, ya que ayuda a no aliarse con la confusión, ni dejar al paciente en un mundo interno caótico y atemporal, pero también porque ofrece al analista mantenerse, en la medida de lo posible como objeto nuevo, que puede recibir y hacerse cargo de las identificaciones proyectivas, este punto nos parece fundamental que el analista no debe perder de vista, de ahí que sea relevante analizar la contratransferencia, tema que será de forma en el siguiente capítulo, ya que los problemas que surgen en el tratamiento con estos pacientes estarán matizados por el tipo de encuadre y transferencia-contratransferencia que hay que manejar.

## Capítulo 3.

### La contratransferencia.

#### 3.1 Concepto

*“El acto de entender las producciones de los pacientes en análisis y su habilidad para responderles, no está basado solamente en conclusiones lógicas. Frecuentemente el analista puede observar que el insight dentro del material viene de repente como de algún lugar dentro de su propia mente. Repentinamente la confusión de las representaciones incomprensibles, logran sentido y los elementos desconectados llegan a ser una gestalt. Igualmente el analista tiene evidencia interna sobre qué es lo que la interpretación debe ser y como se debe dar.” (Reich, 1951 p.25).*

Saber escuchar es mucho más que poder oír lo que el otro nos dice, escuchar al paciente se refiere a un proceso complejo que entre algunos aspectos implica empatía, atención flotante, y al mismo tiempo contacto con nosotros mismos. Es decir, que esta escucha es sobre lo que el paciente nos dice verbalmente (y no dice), pero a la vez sobre la resonancia que esto hace en nosotros. De ahí que sea necesaria la habilidad para escuchar al otro y por supuesto implícitamente nuestra escucha interior como parte de un proceso de crecimiento y reflexión en beneficio del tratamiento analítico; Es afinar el oído, aprender a ser más sensibles para captar el inconsciente, ya que lo que sucede en el inconsciente del paciente, de acuerdo con Reich (1951), se basa en la conciencia de lo que está sucediendo en la mente del analista, y esta identificación es breve, porque el analista debe regresar a su posición a fin de ser capaz de generar una evaluación objetiva de lo que él ha sentido desde su interior.

Se podría considerar que esta actividad, que implica una metabolización del material del paciente, de comprender aquello que aún no entiende conscientemente, de darle significado afectivo, requiere un trabajo de reflexión e introspección por parte del analista, el cual nos dirige sesión tras sesión, en lo cotidiano a buscar el momento oportuno para devolvérselo al paciente para lograr el insight a través de distintos tipos de intervenciones: señalamientos, clarificaciones, o interpretaciones. Esta actividad registra el interjuego entre la

transferencia y la contratransferencia, la progresión y la regresión, el insight y la reacción terapéutica negativa o el acting out. Así se puede observar cómo el paciente va podrá recuperar aquello que ha olvidado o reprimido lo que le permitirá tener más conciencia y fortalecer su Yo, o bien, en el caso de una patología por déficit irá construyendo aquello que no obtuvo. En ese sentido, la transferencia se constituye como un radar para entender lo que está sucediendo, y desde el otro lado, la mirada en lo que sucede en nosotros mismos, es decir su contraparte, la contratransferencia, la cual ha sido definida por Etchegoyen, (2005) como *la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente* (p.290).

Lo anterior, implica escuchar las comunicaciones del paciente, tanto verbales como no verbales desde una doble óptica, por un lado, es analizar lo que el paciente quiere decir y por el otro, qué de aquello que escucho tiene que ver conmigo. Hablar de contratransferencia es hacer contacto con nuestro ser interno, nuestra historia, nuestro contexto y la propia patología. De ahí que sea importante la continua supervisión y análisis personal para detectar y desenredar los nudos que se presentan en el trabajo analítico.

El recorrido histórico de este concepto inicia en los escritos de Freud, quien en un primer momento se refiere a la contratransferencia como un obstáculo para el trabajo analítico, en (1915/1976b) explica que es una especie de resistencia del psicoanalista hacia su paciente, debida a conflictos inconscientes avivados en el analista por lo que el paciente decía o hacía, o bien representaba para él. En su escrito sobre Consejos al médico (1912/1976), menciona la importancia del autoanálisis y el análisis con otra persona, con el fin de resolver y estar al pendiente de lo que esté sucediendo en la dinámica entre el paciente y el analista.

Es a partir de la mitad del siglo XX, cuando se empieza a estudiar de forma sistemática. Surgieron algunas propuestas teóricas por ejemplo, sobre la intuición como un esbozo para referirse a la contratransferencia, por lo que, años después

adquirió un nuevo significado, debido a un cambio de paradigma en su concepción, ya que de ser considerada un obstáculo se concibió como un instrumento de trabajo y se reconoció a la transferencia-contratransferencia, como fenómenos que se presentan en la situación analítica, en el que el analista no sólo interpretará la transferencia sino también participa en ella.

Se pueden identificar dos factores que explican este cambio de paradigma, el primero destaca la aportación que realizó Melanie Klein al introducir el concepto de identificación proyectiva<sup>7</sup> como mecanismo de defensa y forma de comunicación. Con la introducción de este concepto, se abrió paso a una serie de investigaciones sobre sus efectos en el tratamiento analítico, lo que llevo a resaltar el valor y la utilidad de la contratransferencia en el trabajo analítico.

El segundo factor, lo encontramos en los efectos que produjo la Segunda Guerra Mundial, en el trabajo con pacientes de acuerdo con De Celis (2007). La Guerra puso de manifiesto los efectos de la experiencia traumática, amplió el campo de trabajo de los analistas a la atención de pacientes no neuróticos. En la medida en que atendieron otro tipo de pacientes (borderline y psicóticos), se percataron de las emociones que les provocaban estos pacientes, como la sexualidad explícita, la agresividad abierta y los afectos primitivos dirigidos hacia ellos por estos pacientes, haciendo evidente la necesidad de trabajar con la contratransferencia. Un ejemplo que la autora menciona son las investigaciones de Winnicott (1949 en De Celis 2007) quien publicó su trabajo denominado “El odio en la contratransferencia<sup>8</sup>” en el que retoma lo postulado por Ferenczi sobre cómo

---

<sup>7</sup> En Notas sobre algunos mecanismos esquizoides (1946) Klein, introduce el concepto de identificación proyectiva, en el que se le deposita al otro las características de la propia mente al evacuar de uno mismo partes de sí y queda identificado con lo no proyectado. Al objeto a su vez se le adjudican aspectos proyectados de los que el sujeto se ha desprendido. Permite desprenderse tanto de los aspectos malos como buenos de uno mismo.. Ejemplo, un paciente que narra eventos traumáticos que le sucedieron, pero si el proceso de identificación es intenso, el paciente volverá asustado de que le digamos cosas dolorosas sin ninguna consideración hacia él... más allá de uno, nos percibe desde sus propias proyecciones y su subjetividad.

<sup>8</sup> Psicoanalista inglés (1896-1971), el investigador más relevante del grupo intermedio de la escuela inglesa quien estudio las denominadas patologías graves y su exploración sobre vínculos tempranos.

algunas reacciones contratransferenciales eran respuestas objetivas a las cualidades del paciente, y no atribuibles al analista. Además señala la importancia que la contratransferencia negativa juega en el tratamiento incluyendo el odio entre estas reacciones, concluyendo que dichos sentimientos son parte esencial y necesaria del tratamiento.

El estudio de la contratransferencia, fue evolucionando y ha sido trabajado por diferentes autores, se destaca el trabajo de Heimann (1950 en Sandler, Dare y Holder, 1993) quien explica que la contratransferencia comprende todas las respuestas emocionales del analista hacia su paciente, e incluso que se desarrollan ciertas fantasías inconscientes con las que el analista se enfrenta en el tratamiento.

Valorada como un instrumento de trabajo de acuerdo con los estudios de H. Racker (1986), tiene tres funciones, como obstáculo (se refiere a los puntos ciegos del analista), como instrumento (para detectar lo que pasa en el paciente) y como campo (en el que el analizado puede adquirir una experiencia viva nueva y diferente a la que vivió). Así mismo, la contratransferencia puede ser clasificada según el tipo de identificación en dos tipos: la concordante y la complementaria. Este autor argentino, por ejemplo, explica que la primera se refiere cuando el analista identifica su Yo con el Yo del analizado, (o del Superyó con el Superyó del paciente) mientras que si el Yo del analista se identifica con los objetos internos del paciente, se le denominará complementaria. La primera implica empatía, comprensión y se puede describir como una contratransferencia positiva y sublimada, la segunda es aquella que tendrá que ver con el conflicto, y con lo que se tendrá que trabajar arduamente en el análisis personal.

Es así, que dicho teórico, la conceptualiza como un conjunto de imágenes, sentimientos e impulsos del analista al analizado, determinados por su pasado que tiene dos funciones como intérprete y como objeto de los impulsos. Su expresión patológica es denominada neurosis de contratransferencia.

Para Racker (en Etchegoyen, 2005), la neurosis de transferencia se caracteriza por la presencia de contratransferencia concordante y complementaria, contrantransferencia directa e indirecta, ocurrencias y posiciones contrantransferenciales.

En un artículo más reciente, E. Racker, (2000) explica la fenomenología de la contratransferencia: las ocurrencias contratransferenciales y las posiciones contratransferenciales. La diferencia central se encuentra en el grado en que el Yo está involucrado en las vivencias. En las primeras, las reacciones contratransferenciales son experimentadas como ocurrencias, asociaciones libres o fantasías sin mayor intensidad emocional y ajenas al Yo, en el segundo caso, el Yo del analista está envuelto en una experiencia contratransferencial y esta es vivida por el analista con mayor intensidad y como realidad, siendo riesgoso quedarse inmerso en esa vivencia. Veamos un ejemplo, si un analista está enojado con su paciente, esta sería una posición contratransferencial. Etchegoyen (2005), agrega que cuando el conflicto contratransferencial del analista es fluido y versátil aparece como una ocurrencia contratransferencial. Por ejemplo, el analista se encuentra de repente pensando en algo que no tiene relación aparente con el contexto o con el paciente. Pero las asociaciones, sueños o actos fallidos del paciente muestran que si existe relación, esto expresa una situación análoga con el paciente, por una disposición de éste para percibir y comunicar su situación interna. Las ocurrencias contratransferenciales no implican un conflicto profundo, lo peligroso sería no hacerles caso cuando suceden, a nosotros nos parece que lo importante es que cuando sucedan, el analista tendrá que estar alerta de que el material asociativo del paciente lo confirme.

E. Racker (2000) señala que la intensidad de determinadas reacciones contratransferenciales, se explica por las defensas patológicas frente al incremento de angustias arcaicas, de conflictos internos del analista no resueltos. Este aspecto que puede ser clasificado como neurosis de contratransferencia para Etchegoyen (2005) puede pasar inadvertido y sintónico. Por ejemplo pensemos

cuando a un mismo paciente se le cancela varias veces la sesión o se empieza algunos minutos tarde de forma constante.

La dinámica de la contratransferencia es similar a lo que sucede con la dinámica de la transferencia. La transferencia no solo se intensifica porque sirve de resistencia frente al recuerdo como lo explicó Freud, sino además porque sirve de defensa frente a peligros dentro de la vivencia transferencial misma.

Veamos un ejemplo que aporta E. Racker (2000), para explicar sobre el caso de un analista que se angustiaba y enojaba internamente ante el masoquisimo de un paciente. Lo anterior generaba en el analista angustias de tipo paranoide y depresivas y presencia de antiguos sentimientos de culpabilidad, ya que el analista, frente a la agresión que el paciente dirigía contra sí mismo, identificaba en su inconsciente sus propios conflictos infantiles sobre su agresión y sadismo. El analista al no tener claro actuaba contratransferencialmente.

Grinberg (1962, en Sandler et al, 1993) explica que la conraidentificación proyectiva, son aquellas reacciones del analista ante sus propias respuestas contratransferenciales inconscientes. La contratransferencia está vinculada a los objetos de la vida pasada y presente del paciente, y éstos suscitan interacciones complejas entre los impulsos, afectos, fantasías y defensas.

Sobre la identificación proyectiva valdría la pena destacar como la comprensión de este mecanismo es necesaria para evitar los complicados problemas que se presentan en las reacciones transferenciales y contratransferenciales en el tratamiento analítico. Gran parte de nuestro trabajo con los pacientes borderline, es poder contener (que es diferente a estar pasivo, callado o inactivo, más bien implica estar preparado para conservar la función analítica) y entender las comunicaciones que hacen estos pacientes a través de estas operaciones defensivas, porque sucede que en la mayoría de las veces generan reacciones

contratransferenciales de tipo hipnótico, confusas y paralizadoras del pensamiento del analista.

También podemos ver cuando en un paciente su discurso nos ha producido mucho sueño, como un efecto de somnífero, la pregunta del analista sería: ¿pero para qué querrá que yo me duerma, qué quiere que no escuche? Algunas consideraciones tienen que ver con los montos de agresión que proyecta el paciente en el analista. Así, ante la identificación proyectiva patológica también se da la contraidentificación proyectiva por parte del terapeuta, que implica el ser llevado a desempeñar una serie de roles o papeles o emociones que el paciente produce en el terapeuta. Al respecto me vienen a la mente algunos ejemplos, una paciente que se demora en el pago de su tratamiento, y cuando lo hace se lo señala el analista, entonces la paciente pide tiempo para regularizarse con este, argumentando una serie de dificultades que tiene porque su esposo no le da la pensión que necesita, y entonces la pregunta que surge: ¿qué papel quiere que juegue el analista?

Uno de los problemas que con frecuencia se presenta en las supervisiones de casos, tiene que ver con la recurrencia con que se observan contraidentificaciones proyectivas, las cuales atañen a la respuesta inconsciente del psicoanalista que se ve forzado a actuar en un papel que el paciente le coloca, que va más allá de sus propios conflictos. Estas respuestas, se suscitan principalmente en pacientes con patología borderline, en los que predomina el uso de mecanismos de defensa como la identificación proyectiva, así a mayor intensidad de la transferencia, la respuesta contratransferencial es directamente proporcional. Ahora bien, lo importante de esta respuesta emocional, es la manera en la que el analista tome conciencia de lo que le pasa en pro del trabajo terapéutico. Una de las consecuencias es que el analista quede impedido para reaccionar comprensivamente. Al respecto Etchegoyen (2005) menciona que la contraidentificación proyectiva puede ofrecerle al analista la posibilidad de



vivenciar un espectro de emociones que bien comprendidas pueden ser un instrumento técnico para entender profundamente al paciente.

Por otra parte, para Green (2005) cuando se habla de contratransferencia, se da pie a hablar sobre la patología del analista, reconocer el propio inconsciente para desanudar una situación y continuar con el proceso terapéutico, aunque cabe la posibilidad de que la situación no se desanude.

A veces se tiene una imagen idealizada de la función analítica, en donde el analista no debe experimentar sentimientos negativos, en otros casos se tiene la idea errónea de que las fantasías o sentimientos negativos no deben ser experimentados, y lo que sucede en el consultorio con el analista no es así, de ahí que nos parezca relevante subrayar el que el analista esté atento para registrar y captar aquello que resuena del paciente en él.

Se coincide con lo establecido por Ortiz (2011), quien señala que si el analista no toma en cuenta sus afectos y emociones, las interpretaciones que se formulen al paciente serán pobres, se podría agregar racionalizada. Sin duda, analizar la contratransferencia enriquece la interpretación y aporta una cualidad emocional que difícilmente se tendría desde otro lugar, además de que impide que el analista quede involucrado en el papel en que el paciente lo coloca. Sin embargo, es importante resaltar que el estar atento a los afectos no debe llevar al analista a bajar la guardia para captar su propia patología. Reconocer la propia historia es necesario para cualquier psicoanalista, siendo importante hacer consciente que el registro que se hace de las emociones pasa por un filtro que implica la autoobservación, el trabajo de análisis personal y la relevancia de la supervisión de casos, tal y como Freud lo mencionó en sus documentos sobre técnica.

Reich (1951) refiere que la evidencia de qué es lo que sucede en el inconsciente del paciente, se basa en la conciencia de lo que está pasando en la mente del analista, y esta identificación le permitirá al analista hacer una devolución objetiva sobre lo que ha sentido desde su interior. Esta psicoanalista inglesa, refiere que el

instrumento para entender aquello que sucede en la sesión es el propio inconsciente del analista, que es a lo que Freud teoriza como sobre escuchar con atención libre y flotante. Y en este documento acotamos, que por eso el analista al estar en la atención libre y flotante, podrá recordar y conectar aspectos que el paciente hable. De ahí que queremos destacar lo relevante sobre lo que sucede al escuchar al paciente, y las vicisitudes en la escucha.

Al respecto Menninger (1962) menciona algunos ejemplos sobre lo que ha identificado como aspectos que denotan cuando hay una interferencia en la contratransferencia, este autor explica que la contratransferencia se convierte en una interferencia cuando el analista identifica los siguientes efectos:

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| El analista<br>experimenta | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Incapacidad para entender material que remite a problemas personales</li> <li>Omisión, tardanza, alteración en el horario y cita del paciente</li> <li>Somnolencia recurrente</li> <li>Exceso o escasez en el manejo de los honorarios</li> <li>Permitir y alentar la resistencia</li> <li>Búsqueda de seguridad, retroalimentación narcisista, impresionar paciente o colegas</li> <li>Fomentar dependencia del paciente</li> <li>Chismear del paciente</li> <li>Mordacidad, sadismo o lo contrario al formular interpretaciones</li> <li>Necesidad de curar al paciente por prestigio del analista</li> <li>Mimar el caso por temor a perder al paciente</li> <li>Afectarse por acusaciones y reproches del paciente</li> <li>Discutir con el paciente</li> <li>Asegurar prematuramente al paciente contra el desarrollo de la ansiedad o no poder medir el punto óptimo de tensión de frustración</li> <li>Tratar de ayudar al paciente de forma extra-analítica</li> <li>Tendencia a huir</li> <li>Impulso a solicitar favores del paciente</li> <li>Aumento o disminución del interés en el paciente</li> <li>Soñar con el paciente</li> </ul> |
|----------------------------|--|

Figura 1. Ejemplos de interferencia ofrecidos por Menninger en 1962.

A lo anterior, se pueden agregar otros elementos señalados por Reich (1951) al decir que el analista (y esto sucede principalmente en aquellos analista en formación) se puede sentir incapaz de asociar libremente, no se puede identificar con el paciente o se sobreidentifica con él, esto afecta a la escucha, a la

incapacidad para recordar, o al entenderlo, pero sobre todo para responderle al paciente y hacerle una devolución del material inconsciente que nos proporcionó. Al respecto nos parece importante concluir que lo que esta psicoanalista inglesa nos menciona es la importancia de que el analista es el objeto de la transferencia del paciente.

Cuando uno lee lo que esta autora plantea en los años cincuenta sobre la importancia de que el analista permanezca neutral, no responda a las emociones del paciente del mismo modo y tolere amor, agresión, adulación, tentación o seducción sin ser movilizado, de lo que nos está hablando es sobre no satisfacer la demanda del paciente, lo cual sigue siendo vigente en estos tiempos.

Sobre los aspectos inconscientes que se observan y movilizan en el tratamiento analítico, encontramos el trabajo de Labarthe (2012) quien considera que estos aspectos pueden aportar creatividad y apertura desde el inconsciente del analista. Refiere que si el analista está internamente dispuesto a ser tocado a cualquier nivel de profundidad, puede conectar con un análisis particular, enriquecer y ampliar su capacidad psíquica por el encuentro analítico para beneficio del análisis con su paciente. Sánchez- Escárcega (2007) en su artículo sobre el trabajo del analista, señala que este siempre ocurre en relación con el vínculo transferencia-contratransferencia, es decir en el análisis de esta diada que junto con la formulación de la interpretación, constituyen un eje instrumental de trabajo para el analista, acotando que si bien se puede hablar de instrumentos de trabajo, sólo la interpretación es el instrumento de intervención directa con el paciente. El análisis de la transferencia y de la contratransferencia son también instrumentos pero de intervención indirecta y lo considera así porque el analista no ejerce ningún influjo directo sobre el paciente a través de la transferencia o contratransferencia, sino a través del análisis e interpretación de éstas. El analista "*solo tiene la palabra*" (Sánchez-Escárcega, 2007 p. 180) y si se desea hacer un trabajo con limpieza, no se deberá ni educar, criticar, reasegurar o gratificar directamente a través de la contratransferencia o de una contratransferencia complementaria. Lo cual nos recuerda a lo que Bion explicaba sobre lo que debe ser la actitud del analista.

Con lo anterior, podemos destacar cómo la mirada sobre la contrantransferencia se amplió y abrió el paso para que el analista se mire a sí mismo como parte de un elemento que interviene y resuena en el vínculo terapéutico.

### **3.2 La relevancia de la reflexión en el análisis de la contrantransferencia.**

La palabra reflexión proviene del término latino *reflexio*, y de acuerdo al Diccionario de la Lengua Española (2014) significa analizar algo con detenimiento.

Reflexionar implica una forma de deshilar un problema, pensar y mirar desde nuevas perspectivas. Lo anterior, lo aplicamos en este trabajo en dos vertientes, a nivel individual y en el plano grupal. El primero definido como espacio de reflexión personal y el segundo como un grupo de reflexión. Consideramos que caminar en estas dos vías proporciona mayores elementos para comprender de forma integral el fenómeno de la contrantransferencia en pacientes borderline.

#### **3.2.1. Espacio de reflexión personal**

De lo revisado sobre la contrantransferencia, nos da pauta para introducir la importancia de que el psicoanalista cuente con un espacio interno que le permita auto-observarse y analizar cómo está frente a un determinado paciente, (R. Berman, comunicación personal, septiembre 2009). Berman (2012) en un trabajo inédito teoriza sobre la importancia de que en el proceso de aprendizaje de los psicoanalistas en formación, cuenten con este recurso para digerir la transferencia-contrantransferencia, ella lo denomina espacio de autorreflexión. En este mismo sentido, Parsons (2006), conceptualiza la existencia de un encuadre interno que se aloja topográficamente en la mente del analista oscilando de manera constante entre el lado preconsciente y el lado consciente de su mente y que funciona como un espacio para analizarse, y por su parte Labarthe (2012), lo define como espacio interno que el analista necesita para escucharse a sí mismo. Es el espacio privilegiado para poder discernir el tipo de contrantransferencia que se manifiesta en la clínica y se complementa con el concepto de la teoría de Bion

sobre continente-contenido, sobre la función de la mente del analista y con el concepto de reverie, lo anterior, se resume con lo explicado por McDougall (1978) sobre la capacidad del analista para digerir y manejar la comunicación primitiva con pacientes graves; considerando que el analista debe ser capaz de transformar estos elementos en una interpretación útil para el paciente, independiente del modo particular de su funcionamiento y asegurar el funcionamiento adecuado del psicoanalista.

Al respecto destaca el trabajo de Sandoval (1993) lo que sucede detrás del diván, con el analista. Considera que uno de los efectos que tienen lugar en el analista derivado de las comunicaciones dolorosas de los pacientes, es que aunque éstas se comprendan y manejen es inevitable que toquen las emociones, los recursos, los anhelos o las necesidades del analista, quien ante la imposibilidad de actuarlos, verbalizarlos o resolverlos en su momento, van formando un sedimento producto de la regresión o supresión que puede ocasionar el debilitamiento del Yo. Si el analista no ha analizado con profundidad todos los aspectos infantiles importantes en su historia, pudiese ser que ciertos temas se le dificulten manejarlos, y al ser esto inconsciente lo actúe en el vínculo terapéutico. Refiere además que, lo riesgoso no es que suceda sino que la falta de conocimiento sobre nuestra contratransferencia y del por qué en un momento dado surgen sentimientos incomprensibles que bloquean la escucha. Aquí destacamos que la contratransferencia que se hace consciente y se maneja puede ser utilizada a favor del propio paciente y cabe la pregunta que formula Sandoval (1993), ¿de qué manera se puede utilizar esta contratransferencia? Y una posible respuesta sería, para poder utilizarla en favor del paciente, en primer lugar el analista en formación debe considerar el fenómeno transferencial, es decir, que el paciente proyecta en el terapeuta sus propios introyectos, las relaciones tempranas significativas, en el inconsciente del paciente el terapeuta no es un objeto real, sino representa un objeto infantil. Si se hace consciente se tendrá la posibilidad de no coludirse con las respuestas del paciente.

Un paciente puede ver al analista como un objeto persecutorio o rescatador, en ocasiones, puede escuchar los comentarios de este desde un tono superyóico y no en uno protector.

Esta autora habla sobre los puntos ciegos del analista que interfieren en el análisis, en las actuaciones que surgen en el consultorio, en ocasiones ocultos y que Gabbard y Lester (2003), profundizaron sobre el concepto del enactment contratransferencial.<sup>9</sup>

Finalmente, se destaca la relevancia de las reacciones contratransferenciales en pacientes graves, ya sea borderline, narcisistas severos o psicóticos debido a la regresión del paciente, a la transferencia masiva que producen y a los afectos que se despiertan en el vínculo terapéutico. Para Epstein (1993) si se comprenden adecuadamente estas reacciones, se desarrollarán intervenciones y estrategias más efectivas. Señala que si nuestra participación se basa en una reacción contratransferencial no tratada (analizada diríamos nosotros), esa respuesta lo que hará es perpetuar la organización patológica de los pacientes y su mundo interno. Estos pacientes provocan respuestas en el terapeuta para obstaculizar su labor, pero si éste cuenta con un sí mismo fuerte, y entiende su mundo interno, estará en una mejor posición para entender la transferencia negativa con menos dificultades para funcionar terapéuticamente y agrega, que el efecto de una intervención en el paciente, será romper un círculo vicioso de las transacciones internas, fortalecer el funcionamiento del Yo y desarrollar un sentido de sí mismo, separado y significativo como persona. Destaca la importancia de que el paciente llegue a sus metas de forma explícita y por sí mismo, y no por lo que nosotros deseamos de él.

Evans (2007) derivado de su experiencia en la supervisión y enseñanza a un grupo de profesionistas de salud mental (grupo de enfermeras) que trabajaba con

---

<sup>9</sup> Para los autores, el concepto está relacionado con el concepto kleiniano sobre la identificación proyectiva y explican que los enactments ocurren cuando existe un intento de actualizar las fantasías transferenciales que provocan una reacción contratransferencial y alertan sobre lo que sucede cuando se traspasa o se violan los límites del encuadre.

pacientes borderline, confirmó lo valioso del análisis de la contratransferencia. Por medio de varios ejemplos, explica las reacciones contratransferenciales que se producen para algunos especialistas, en donde una misma actitud de un paciente puede ser mirada y registrada de distintas maneras. Un paciente puede ser observado como una víctima, mientras que para otros especialistas las mismas actitudes pueden ser interpretadas de otra manera como manipuladoras. El autor, reafirma la importancia de la supervisión desde el punto de vista psicoanalítico, debido a que proporciona un modelo útil que hace énfasis en la relación transferencia-contratransferencia, es un modelo que ayuda a pensar y digerir el impacto que las proyecciones de los pacientes tienen en los profesionistas que trabajan con ellos e incluso señala que entender la contratransferencia da mayor claridad sobre el comportamiento del paciente, a fin de no perder la capacidad de reflexionar sobre la experiencia que en ocasiones la han descrito como “sentir al paciente dentro de la piel” (lo que a nuestro punto de vista destaca lo intenso de la transferencia). Basado en la teoría de Klein y los conceptos de identificación, posición esquizoparanoide y depresiva, se apoya para explicar que los pacientes borderline al tener dificultades en el manejo de sus contenidos psíquicos, tienden a evacuar elementos no digeridos de sus mentes a través de la acción, generan fuerte transferencia hacia los miembros del personal que representan figuras parentales y que se preocupan por ellos. Esto, produce un contrapeso ya que la reacción contratransferencial será intensa y ciertos aspectos de su psicopatología se reeditan con el analista. Estas comunicaciones pueden provocar reacciones que los analistas sientan que no pueden pensar con claridad y se reduce el pensamiento simbólico, (al establecer una relación diádica donde predomina la proyección puede invadir el pensamiento del analista). La capacidad del personal para pensar, y darle sentido a la información es un proceso necesario a considerar en estos tratamientos.

### **3.2.2 Los grupos psicoanalíticos de reflexión**

El trabajo en grupo, implica un esfuerzo importante para el analista en formación (e incluso para el mismo analista) ya que, de acuerdo con Radosh (2000), en un

trabajo inédito, pasar del yo al nosotros es todo un logro en el desarrollo humano, es decir, la autora se refiere a la experiencia del ser humano de dejar de visualizarse como un ente individual para concebirse dentro de un grupo.

Radosh (2000), agrega que es un logro porque se rompe con el deseo de exclusividad, el cual es primario en el ser humano. Este deseo se refiere a la necesidad de regresar a la modalidad binaria madre-hijo, en donde el hijo es el centro de atención de la madre, esta situación se recrea en los grupos, en donde se anhela la exclusividad y dependencia del coordinador, líder o terapeuta. Lo anterior, lo podemos explicar porque en el grupo se proyecta el mundo interno, de acuerdo con Crespo y Onrubia (1997) y porque como puntualiza Radosh (2000), de cierta forma en los grupos el sujeto tiende a repetir los problemas que se experimentaron durante el desarrollo infantil. Fenómeno que es posible constatarlo desde diferentes perspectivas analíticas.

Por ejemplo, se puede observar y analizar el grupo desde la posición esquizoparanoide, hasta la posición depresiva. De la misma manera pueden verse las diferentes fases de la evolución de las etapas: oral, anal, fálico edípica hasta la genital o también desde la relación binaria hasta la aceptación de lo colectivo. Igualmente es posible comprender el desarrollo desde la escisión de los progenitores o sustitutos productores de idealizaciones masivas, hasta la fusión de las características contradictorias. O considerarse la evolución desde la imago parental idealizada hasta la admiración y observar el desarrollo del self grandioso hasta llegar a la autoestima, siguiendo la teoría de Kohut.

Por su parte, Anzieu (en Bernard, 2006), señala que los grupos humanos se organizan alrededor de dos polos: el técnico y el fantasmático o imaginario. El primero se refiere a hacer frente a los problemas que surgen en el grupo en el plano económico e histórico. El nivel de trabajo que se requiere está representado por la posibilidad de que el grupo acceda a lo simbólico a partir del encuadre propuesto por un monitor o coordinador. Este polo ha sido definido por otros autores como grupo de trabajo, grupo centrado en la tarea, grupos



psicoeducativos, etc. Mientras que el denominado polo fantasmático o imaginario, tiene que ver con la emergencia y circulación del deseo inconsciente, de acuerdo con Bernard (2006), señala que este polo actúa sobre el grupo de trabajo, ya sea a través de reforzar, modificar o afectar en su eficacia.

En esa línea, se precisa que parte del trabajo del analista en grupos sea entender la fantasía inconsciente grupal y devolver esa información al grupo. En términos de la escuela francesa, sería que el inconsciente de los agrupantes se manifiesta en un contexto grupal a través de la dramatización de las fantasías inconscientes que lo organizan. Para Bernard (2006), esto es entendido como la dramática, la cual es inevitable observar en todo proceso grupal.

Radosh (2000), señala que el juego dinámico que se establece en un grupo o una masa aglutinados en torno a un líder, han sido estudiados por Freud en “Tótem y Tabú” (1913) y “Psicología de las masas y análisis del Yo” (1921), artículos que han inspirado a la mayor parte de los autores que manejan al grupo como un todo. Lo cual, se reafirma con lo mencionado por Crespo y Onrubia (1997), quienes consideran que en este último artículo referido, es donde Grinberg sitúa los orígenes del concepto de identificación proyectiva y el que Bion utilizó para hablar sobre el funcionamiento de la mentalidad grupal y de lo que denominó supuestos básicos.

Castrellón (1993), refiere que en el trabajo de grupos existen diferentes estrategias de intervención que dependen de los criterios de selección y agrupación de los miembros que los conforman. Al respecto nosotros, agregaríamos la relevancia del objetivo por el que se forma un grupo, ya que existen diferentes propósitos que pueden ir a la atención de aspectos psicosociales como los grupos de autoayuda, los grupos de apoyo, los grupos de tarea, los grupos de orientación, los de resolución de problemas, los grupos de formación o entrenamientos y los grupos psicoterapéuticos. Con esto queremos reflejar la flexibilidad del concepto de grupo analítico y además mostrar la diferencia entre un grupo de reflexión y un grupo terapéutico.

Para Bernard (2006), el grupo psicoanalítico de reflexión es definido como: *“aquel destinado a aplicar la teoría psicoanalítica para investigar y modificar el impacto que, en la tarea y estructura de roles grupal, producen los procesos inconscientes generados a partir de los fenómenos de regresión, pertenencia, etc. Que resultan de toda inserción grupal. El foco está puesto en lo que el agrupamiento produce en los agrupantes, más que en lo que éstos llevan al grupo en función de su experiencia individual.”* p.78.

Dicho autor, agrega que estos grupos que se reúnen alrededor de una tarea, independientemente de cual sea el objetivo, el cual puede ir desde analizar un conflicto institucional o la posibilidad de experimentar los procesos inconscientes a nivel grupal, siempre establecerán un nivel de tarea funcionando con las características del proceso secundario. Así para él, la reflexión tiene que ver con la posibilidad de conceptualizar, poner en palabras y en lenguaje simbólico lo que sucede, esto nos remite a la posibilidad de aprender. Se habla de aprendizaje porque a partir de la consigna que se formula en los grupos de reflexión sobre la importancia de que los participantes piensen libremente, esto significa plantearle a los miembros del grupo utilizar el dispositivo grupal como modo y aparato para la conceptualización.

Un punto que nos parece interesante destacar, es que los grupos tienen movimientos de regresión y progresión, y para lograr el aprendizaje, Bernard (2006), al respecto señala, que existe un momento de desestructuración de la identidad de los miembros, que es necesaria para asimilar, lo pensado, lo pensable y la forma grupal de hacerlo. Cuando el analista coordinador realiza una interpretación, contribuye a la conceptualización del momento que el grupo está experimentando. La interpretación permite transformar lo vivido en experiencia, es decir, en conocimiento. Dicha actividad es secuencial lo que conduce a un nuevo aprendizaje.

Tizón (1993), en su artículo denominado “Una perspectiva de los grupos Balint: los grupos de reflexión”, explica que la metodología de los grupos de reflexión se basa en sesiones de 75 a 120 minutos de duración en las que los participantes exponen, de forma detallada el problema a discutir. Describe que todos los

participantes deben tener la disponibilidad para presentar casos o situaciones vividas por ellos así como para participar en la discusión de los otros casos que se presenten en el grupo. Después de la exposición, se dará paso a la discusión libre acerca del caso o situación clínica por parte de todos los componentes del grupo. Con respecto a la participación del Psicoanalista coordinador del grupo, será en un primer momento como un miembro más del grupo, su labor debe consistir en promover la discusión y el intercambio de opiniones entre los miembros pero sobretodo y esto nos parece fundamental deberá evitar que se pierda el encuadre y objetivo del grupo. Sobre esto, consideramos que una de las limitaciones que pueden existir en los grupos de reflexión, es que se distorsione el objetivo para el cual se convocó.

El coordinador del grupo, en ciertos momentos, puede intervenir para señalar los fenómenos relacionales que el grupo no ha mencionado y que son importantes para la comprensión, situación clínica, terapia o evolución del caso. Finalmente se destaca la importancia de la motivación y continuidad que deben tener los participantes del grupo.

Resalta con particular énfasis en el trabajo de Tizón (1993), la importancia de contar con un marco teórico conceptual para entender aquello que sucede en el grupo, quien en su caso emplea la escuela kleiniana, de Bion y Meltzer. De ahí que considere que las sesiones de trabajo en los grupos de reflexión, deben ir encaminadas para que el grupo se convierta y funcione como un grupo de trabajo de acuerdo a la teoría de Bion. Lo cual refiere a la existencia de una mentalidad en los grupos que les ayuda a funcionar como tal, a verse como una unidad.

Derivado del trabajo con grupos de médicos militares durante la Segunda Guerra Mundial, Bion (en Fraley 2007), identifica que en los grupos existen situaciones o estados emocionales predominantes que estructuran su actitud y actividad y los denomina supuestos básicos.

En ese aspecto, se puede entender que un supuesto básico es un funcionamiento grupal en el que se expresan las fantasías inconscientes básicas grupales, que usualmente son de tipo omnipotente y mágico. Existen tres supuestos básicos, de dependencia, ataque-fuga y de apareamiento.<sup>10</sup>

Para dicho autor, si un grupo opera bajo uno de estos supuestos básicos, esto generará dificultades para desarrollar los objetivos o tareas planteadas, lo cual se explica porque estos supuestos operan para evitar la frustración, el dolor y esfuerzo que se genera, en este caso, por el aprendizaje grupal e individual. Pero si se fomenta la cohesión grupal, la experiencia del trabajo en equipo, el contar con mayor tolerancia a la frustración, ser receptivos a las aportaciones del terapeuta, todo ello contribuirá al desarrollo de la mentalidad grupal que se denomina grupo de trabajo.

Por tanto, un grupo de trabajo se caracteriza por la cooperación y esfuerzo de los participantes o miembros del grupo. Es importante señalar que en todo grupo siempre existe la posibilidad de operar bajo la modalidad de un supuesto básico o funcionar como un grupo de trabajo. Por ejemplo, una situación de cambio o nueva que genere ansiedad o temor en el grupo si se logran superar, si se da una posición reparatoria, o mayor conciencia de que no todo se puede entender de forma omnipotente, entonces los miembros podrán crecer grupalmente y aprender.

Para Tizón (1993), tomar en cuenta estos elementos teóricos son relevantes en la realización de grupos de reflexión, en cada una de sus sesiones, a pesar de que el objetivo, no sea directamente psicoterapéutico sino como él los denomina asistencial y formativo. Los grupos de reflexión son grupos formados por no

---

<sup>10</sup> De acuerdo con Fraley (2007), el supuesto básico (SB) de dependencia, se refiere a que el grupo se reúne para que alguien de quien el grupo depende de forma absoluta provea la satisfacción de todas sus necesidades y deseos. El SB de Ataque-fuga, implica la convicción grupal de que existe un enemigo y que es necesario atacarlo o huir de él. El líder contribuye a esta idea de que existe un enemigo dentro o fuera del grupo del que es necesario defenderse o huir y el SB de Apareamiento consiste en la creencia colectiva de sin importar los problemas que se tengan en el presente, llegará un salvador, un hecho futuro lo resolverá. El grupo se instala en el futuro y no en la resolución en el aquí y ahora.

pacientes, generalmente son profesionistas que tienen un objetivo asistencial o formativo en común. Si en estos grupos no predomina alguno de estos supuestos básicos, entonces uno de los valores que se pueden identificar es que pueden proporcionar contención.

*“...los profesionales pueden pensar, fantasear, hablar juntos sobre un caso, tema o situación clínica con el mínimo de presiones...es decir, que el grupo proporciona contención. Y una contención basada en el pensar e incluso fantasear juntos. Creo que en términos de Bion, es un continente para la revéie. Profesionales como los que suelen asistir a los mismos, enormemente presionados hacia la acción, la urgencia y las prisas, tanto por su formación como por la masificación de la asistencia, como por el temor a pensar, valoran muy positivamente el tener un lugar, un momento semanal en el que “pensar y hablar sin prisas”, “que me hagan las cosas para que pueda venir aquí”(como desean tantas madres durante el embarazo y los primeros meses del vida de su hijo), un grupo tolerante y acogedor para con sus expresiones “poco científicas”, “poco fundamentales”, para sus sentimientos y fantasías incluso...Es una valoración que muchos de los asistentes realizan, bien espontáneamente, bien en las evaluaciones y autoevaluaciones de los grupos.” (Tizón, 1993 p 43).*

Para concluir, el grupo en sí mismo es terapéutico puesto que son muchos oídos los que escucha a la vez, además de que se satisfacen necesidades personales de autoestima, se otorga importancia al otro y también se recibe la importancia, se aprende a demorar con se va adquiriendo límites reales. (R. Radosh, comunicación personal, octubre 2012). Además, la posibilidad de encontrar en estos grupos de trabajo la experiencia repetida de tolerancia, comprensión y solidaridad estimula una función emocional introyectiva básica de acuerdo con Meltzer (citado en Tizón 1993) que es la que se apoya en la solidaridad, el amor, la capacidad de vinculación y en la expresión de la pulsión de vida. En suma, una de las fortalezas es que el grupo amplía la capacidad para pensar de los individuos porque se constituye como un continente para el pensamiento.

Con el propósito de introducir la propuesta de trabajo que nos ocupa, es importante señalar que el espacio de reflexión personal y los grupos de reflexión, pueden ayudar a los analistas en formación a procesar los sentimientos que surgen sobre los pacientes, al hacer un análisis de la transferencia y contratransferencia. Estas dos estrategias permiten que haya un tercero, un observador que ponga una distancia entre analista y paciente y ayuda a

proporcionar un espacio psíquico que permita repensar el caso y como el analista se siente frente a determinado paciente. Contar con estos recursos no forzosamente evitará que pueda existir una respuesta que se clasifique como una contraidentificación proyectiva, o bien una recreación de la transferencia-contratransferencia, sin embargo pensamos que si ofrecen mayor conciencia y claridad sobre lo que sucede en el consultorio.

## **Capítulo 4: Propuesta de trabajo.**

### **4.1 Propuesta de acción**

Formar un grupo de reflexión para psicoterapeutas/analistas en formación o psicólogos clínicos con enfoque psicoanalítico sobre el manejo de la contratransferencia en pacientes borderline.

### **4.2 Justificación**

Se puede considerar que una de las habilidades esenciales del psicoanalista en su trabajo clínico es el manejo de la contratransferencia. Aprender a escuchar lo que el otro nos dice, colocar la mirada en el paciente para poder comprenderlo es un trabajo sumamente importante pero también es complejo, ya que la manera en que escuchamos determina la interpretación, la forma en que nos comunicamos y comprendemos su historia. Además el modo en que los pacientes nos comunican sus problemas, sobrepasa frecuentemente sus asociaciones y sus palabras que sólo se pueden calibrar mediante la contratransferencia (R. Berman, comunicación personal, octubre 2009). Dicho registro se hace en diferentes niveles corporal, mental afectivo.

En la orientación de nuestra escucha, intervienen varios factores, el contexto, el trabajo analítico personal y el marco de referencia teórico. Al respecto, siempre nos ha parecido interesante aprender a vincular lo teórico con lo que sucede en la sesión analítica, aquello que se da en el consultorio, donde sólo están dos personas: analista y paciente, la relación entre ellos y los aspectos transferenciales y contratransferenciales que emergen en este trabajo. Es en ese sentido que surge la motivación para formar un grupo de trabajo que promueva la reflexión y el análisis sobre la contratransferencia como recurso técnico en el abordaje con pacientes borderline. Trabajar con estos pacientes puede producir algunos problemas por el uso intenso de mecanismos de defensa primitivos. La manera en que el paciente nos comunica su sufrimiento, requiere que el analista trabaje consigo mismo de una manera particular. Ejemplos de lo anterior, son

coludirse con la patología del paciente, que se presenten contraidentificaciones proyectivas, que existan sueños sobre el paciente, deseos de salvarlos, el *furor curandis*, de convertirse en el padre o madre buena, etc., por mencionar algunos aspectos.

Se considera relevante fortalecer esta habilidad en el caso de los analistas en formación, ya que uno de los problemas inherentes cuando están en el entrenamiento, son las dificultades en el manejo de la técnica, tal y como lo argumenta Guzik (1993). Es importante reconocer que cuando el especialista no está consciente de sus reacciones, ni registra con claridad lo que siente hacia sus pacientes en lugar de hacer una interpretación que contribuya a promover el insight o el acceso a nuevo material inconsciente, puede generar una intervención que no permita el avance del proceso analítico.

Nuestra propuesta es ofrecer un espacio de reflexión orientado al análisis y comprensión de las reacciones contratransferenciales para psicólogos clínicos, psicoterapeutas o analistas en formación de cualquier Institución académica de Psicoanálisis o Psicoterapia Psicoanalítica del país. Reflexionar sobre la contratransferencia, dirige la mirada a detenerse a pensar sobre el tema, a repensar desde otros ángulos; a partir de ahí, es que propusimos hacerlo bajo dos modalidades, en el plano individual utilizando el recurso de espacio de autoreflexión personal y el segundo momento dentro de un grupo de reflexión. Dicho grupo estará coordinado por un psicoanalista con experiencia clínica y en manejo de grupos, entrenado como supervisor, quien facilitará la discusión y el análisis de aquello que sucede en la sesión analítica grupal. Es importante que el Coordinador Psicoanalista no pierda de vista el encuadre y el objetivo para el que fue diseñado el grupo de reflexión. En caso de que suceda, deberá señalar las dificultades del grupo para ello. Su propósito será fomentar la cohesión grupal, e impulsar a que opere como un grupo de trabajo orientado hacia la tarea de analizar la contratransferencia.



Este espacio está concebido para que el analista en formación, tenga mayor claridad y consciencia sobre lo que está pasando en el tratamiento con el paciente y por supuesto consigo mismo en su función de analista, ya que una cualidad que como psicoanalistas se debe desarrollar es aprender a utilizar el registro de la contratransferencia al servicio del entendimiento del paciente y que no se convierta en un obstáculo. Desde la perspectiva de la teoría de Bion, sería que el analista desarrolle la habilidad de poder transformar aquellos elementos que suceden, se sienten y observan durante la sesión (los elementos beta a elementos alfa) y transformarlos en una interpretación que sea de beneficio para el paciente.

Es importante señalar que un proceso analítico se fomenta y se sostiene, (R. Berman, comunicación personal, octubre 2009). Por tanto, este proceso es dinámico, se va construyendo, siendo indispensable la metabolización por parte del analista de aquello que se vive con el paciente. Reconocer la relevancia de trabajar con nuestra contratransferencia, implica un ejercicio de autoobservación e incluso de autocrítica, para detectar en que momento el proceso analítico de un paciente puede estar detenido, o para identificar cuando el analista se encuentra bloqueado por aspectos inconscientes no resueltos.

Hacerse cargo de la propia respuesta emocional, de la contratransferencia es tener apertura y humildad para identificar en que momento un paciente toca fibras internas que resuenan. Implica conectarse con el eco interno del material que uno escucha, de lo que uno devuelve y cómo se hace dicha devolución al paciente, por eso se consideró que era necesario incluir la reflexión en el análisis de la contratransferencia a través de dos recursos técnicos: el espacio de autorreflexión personal y del grupo de reflexión como procesos de aprendizaje, para pensar y repensar sobre lo que acontece en el setting analítico con pacientes borderline.

### **4.3 Objetivos**

#### **General:**

Al finalizar el grupo de reflexión, los participantes (psicoterapeutas/analista en formación) adquirirán estrategias para analizar su contratransferencia y poder utilizarla en la devolución de material del paciente borderline.

#### **Específicos**

Promover la introspección y concientización en los participantes sobre la importancia del análisis de la contratransferencia, como instrumento que facilita u obstaculiza el desarrollo de la función analítica.

Desarrollar estrategias para manejar la contratransferencia en beneficio del paciente por medio del uso del espacio de autorreflexión como recurso técnico para generar un cambio interno en el psicoterapeuta/analista en formación o psicólogo clínico.

Conocer y comprender las principales aportaciones técnicas sobre la técnica psicoanalítica para trabajar con la contratransferencia con pacientes borderline.

### **4.4 Participantes:**

Características.

Duración del grupo: 1 año, 1 sesión semanal, con duración de dos horas cada una.

De los miembros del grupo:

- . Máximo 10 estudiantes de la formación para Psicoterapeuta/Analistas o Psicólogos Clínicos con enfoque psicoanalítico de cualquier Instituto, que tengan interés por estudiar los fenómenos contratransferenciales y hayan cursado el primer año de sus estudios.
- . Se requiere que tengan experiencia clínica en pacientes borderline.

- . Psicoanálisis personal previo al inicio del grupo de reflexión y comprometerse a acudir a psicoanálisis personal durante el tiempo que dure el grupo de reflexión.
- . Todos los participantes deben tener disponibilidad para presentar el caso de un paciente borderline que haya sido atendido por ellos, así como para compartir su espacio de autorreflexión y colaborar activamente en la discusión de los casos de forma grupal.

#### Del Coordinador del grupo

- . Se requiere que sea un Psicoanalista acreditado por un Instituto o Asociación, así como entrenado como supervisor; que tenga experiencia en el manejo de grupos.
- . Es importante que cuente con experiencia clínica mínima supervisada en el manejo de pacientes borderline.
- . El Coordinador Psicoanalista deberá seleccionar a los candidatos por medio de entrevistas en donde identifique el interés y capacidad para trabajar grupalmente en cada uno de los participantes. Las entrevistas se realizarán previo a la conformación del grupo.

#### **4.5 Acciones propuestas:**

Grupo de reflexión para psicoterapeutas/analistas en formación con enfoque psicoanalítico para el manejo de la contratransferencia como herramienta de cambio con pacientes borderline, en el que los participantes expondrán sus reflexiones, discutirán las ideas y las experiencias vividas.

- a. Primera sesión: Establecer el encuadre de trabajo y presentación de los miembros del grupo.

En la primera sesión a los integrantes del grupo, se les presentará el objetivo del grupo de trabajo, que será analizar el fenómeno contratransferencial. También se

les explicarán las reglas del trabajo: asociar libremente y mantener la confidencialidad en relación a lo que suceda en el grupo para que el mismo pueda sentirse en libertad de decir cualquier cosa.

En dicha sesión a cada uno de los miembros del grupo se les pedirá que hagan una introducción de sí mismos, en la que pueden hablar sobre sus expectativas, motivaciones y necesidades por las cuales están interesados en este grupo de reflexión.

Se les mencionará que la organización para la presentación de casos se hará de forma voluntaria de acuerdo a un rol, elaborado por el grupo.

b. Sesiones subsecuentes: Operatividad de trabajo

Al inicio de cada sesión, el Coordinador realizará un ejercicio de sensibilización para que cada miembro del grupo se conecte con el trabajo y objetivo de la sesión, puedan abrirse a la escucha y entendimiento del inconsciente.

Posteriormente, de acuerdo al rol designado por el grupo, uno de los participantes expondrá el caso de un paciente borderline, los datos clínicos haciendo énfasis en el motivo de consulta y factores precipitantes por los que el paciente llegó a tratamiento.

La primera tarea del grupo será identificar que el diagnóstico psicodinámico del paciente a estudiar sea borderline.

Después en la sesión subsecuente el psicoterapeuta/ analista en formación dará lectura a la viñeta del caso y a su “espacio de autorreflexión personal”, esto lo compartirá con el grupo quien escuchará este material.

El grupo después de escuchar la viñeta y el denominado espacio de autorreflexión personal del expositor; por escrito hará su propia reflexión, para ello puede utilizar la guía de preguntas sugeridas (Anexo 1).

Las preguntas sugeridas del Anexo 1 serán utilizadas como referente para que los participantes del grupo reflexionen sobre el paciente y su contratransferencia, por lo que se pueden ampliar o variar las preguntas.

Una vez concluida la exposición y lectura del espacio de autorreflexión así como de la elaboración de las reflexiones de los miembros del grupo, el siguiente paso consistirá en que el grupo compartirá sus reflexiones, asociará libremente sobre el tema y se analizará grupalmente el material clínico.

En un principio, el coordinador fungirá como un miembro más del grupo, y fomentará la discusión, intercambio de opiniones, y análisis de los contenidos durante cada sesión de trabajo. Será importante que esté alerta de que el grupo trabaja sobre la tarea propuesta, así como del cierre de cada sesión de trabajo.

#### **4.6 Materiales de trabajo**

Viñetas de pacientes borderline que permitan ilustrar el manejo contra transferencial. Cada participante entregará y dará lectura a una viñeta de una sesión terapéutica sobre el caso que presentará.

Elaboración de un documento denominado “espacio de autorreflexión personal” del participante que presentó la viñeta clínica.

Elaboración del espacio de autoreflexión personal por cada participante del Grupo de Reflexión después de escuchar la viñeta del caso.

Guía de preguntas sugeridas antes de iniciar la discusión y sesión del grupo de reflexión con el propósito de orientar el objetivo del trabajo (Anexo 1), que pueden ayudar a diferenciar los componentes de la contratransferencia que derivan directamente del paciente de aquellos elementos que surgen de la historia del analista.

#### **4.7 Criterios de evaluación.**

Para evaluar la propuesta que se hace en el presente trabajo se realizará una autorrevisión y análisis por parte de cada uno de los miembros del grupo: a la mitad del semestre se hará un ejercicio de autoevaluación grupal y para la valoración final, se proporcionarán una guía de preguntas sugeridas que se contestarán para analizar si después de haber participado en este grupo de reflexión, los participantes registran internamente cambios en su forma de entender y utilizar la contratransferencia.

En esta propuesta, los criterios de evaluación si bien son subjetivos, se estudiarán las respuestas a ciertas preguntas y reflexiones que permitan dar cuenta de cómo cambió esta vivencia interna:

- El psicoterapeuta/analista en formación reporta un mejor control en el registro y manejo de su contratransferencia.
- El psicoterapeuta/analista en formación identifica los beneficios de tener un espacio de autoreflexión personal que le ayudarán en el trabajo con los pacientes borderline.
- El psicoterapeuta/analista de información reconoce en sí mismo un mayor grado de conciencia y autoobservación de su lenguaje verbal y no verbal y cómo esto impacta en su función analítica.

Este ejercicio de autorevisión, estará acompañado de una revisión del grupo, y de la devolución que realice el Coordinador del grupo. Se utilizará como apoyo la guía de preguntas sugeridas del anexo 2.

Además el psicoterapeuta/analista en formación, entregará un trabajo final en el que analizará una (s) viñeta (s) de sesiones posteriores al trabajo grupal del caso que expuso, para autoobservar los avances y en caso necesario compartirla con el grupo para valorar cómo está utilizando la contratransferencia, ¿cómo un instrumento para entender la comunicación del paciente o se volvió un obstáculo?.

## **Capítulo 5.**

### **5.1 Conclusiones, limitaciones y sugerencias.**

Cuando me propuse hablar en este documento sobre el manejo de la contratransferencia en pacientes borderline, la idea estaba centrada en colocar la mirada en el vínculo analítico, en aquello que sucede y resuena en el consultorio. Aprender a escuchar al otro, conectarnos con su dolor y comunicarle lo que estamos registrando es una labor ardua que implica un profundo compromiso, marcos de referencia y trabajo personal por parte del analista o terapeuta. A partir de la idea de que el analista o terapeuta es su propio instrumento de trabajo, la herramienta principal con la que opera es su mente y cuerpo, o como bien refiere Dupont (en Sánchez-Escárcega, 2007), su persona y su personalidad, un analista siente, piensa y dice, siendo este último punto, el que quisiera destacar, ya que aquello que se comunica, se le dice al paciente o la manera en que se formula una intervención para hacerle una devolución al paciente, es resultado de lo que se registró y metabolizó a través de diferentes canales sensoriales, y es ahí donde interviene y participa de forma activa la contratransferencia.

Hacer consciente la contratransferencia como un elemento fundamental para trabajar con pacientes, me parece un tema medular en la práctica psicoanalítica, en específico cuando un analista o terapeuta está en formación psicoanalítica y trabaja con pacientes borderline. Lo anterior, es lo que da origen a la presente propuesta de trabajo a fin de que el analista o terapeuta cuente con un espacio de reflexión personal y grupal que lo acompañe a elaborar lo que sucede consigo mismo y con el paciente.

Desde mi perspectiva, considero que se puede entender la contratransferencia como una experiencia interna que vivencia el psicoanalista y que sólo al reconocerla podemos dar cuenta de su valor y beneficio.

A la pregunta de si la contratransferencia es un obstáculo o una interferencia, en este documento señalo que la literatura psicoanalítica revisada refleja como el concepto de contratransferencia se desarrolló y evolucionó, hay un cambio de paradigma ya que de ser considerada como un obstáculo, hoy es un importante instrumento de comprensión, al respecto considero que la contratransferencia que se experimenta en el tratamiento con pacientes borderline ofrece datos sumamente interesantes para entender esta patología; son de gran utilidad el estudio del concepto de identificación y contraidentificación proyectiva para clarificar las respuestas contratransferenciales así como para entender la relación del paciente borderline y el analista.

El analista se convierte en el objetivo del paciente borderline, las proyecciones transferenciales aparecen muy temprano y de forma intensa en el tratamiento, así el analista experimenta reacciones que son inducidas por estos pacientes como un esfuerzo para comunicarle de forma inconsciente lo que está sintiendo. En ocasiones lo más difícil de trabajar con ellos, tiene que ver con los aspectos destructivos, la cólera que los caracteriza y la transferencia negativa, por lo que las reacciones contratransferenciales proporcionan información sobre el mundo interno del paciente y de sus relaciones interpersonales.

Al respecto, vale la pena recordar como en una de las clases de técnica psicoanalítica que recibí, se explica a los analistas o terapeutas psicoanalíticos que somos objeto de la transferencia, es decir, en el inconsciente para el paciente representamos sus objetos infantiles. Frase tan significativa y en ocasiones tan fácil de dejar a un lado por los fenómenos transferenciales-contratransferenciales, lo cual se agudiza cuando el especialista, está en el proceso de convertirse en analista o terapeuta y tiene que ir resolviendo varias tareas como integrar conocimientos teóricos y prácticos, adquirir competencias como el manejo de la transferencia, contratransferencia, definir su propia identidad como analista, etc. según lo señala por Guzik (1993).



Una de las interrogantes que pudiesen surgir al lector de esta tesina y que fue motivo por el cual se propuso el trabajo de reflexión grupal y no sólo personal, es cómo diferenciar si lo que experimentó el terapeuta o el analista en formación es producto de las comunicaciones del paciente borderline o es resultado de su propia historia personal. No hay una respuesta sencilla, considero que a mayor supervisión, conocimiento y trabajo personal existirá un mayor entendimiento de este fenómeno contrantransferencial, además de que sería recomendable investigar lo que sucede durante el tratamiento, en la relación terapéutica, es decir, las particularidades de cada paciente en la relación con el analista o terapeuta en formación. Pensemos en ejemplos, ¿por qué redujo la frecuencia de las sesiones?, ¿qué fue lo que motivó a este analista o terapeuta en formación a traer esta viñeta?, ¿por qué en este momento?, ¿por qué el terapeuta o analista en formación hizo una intervención que pudiese sonar superyóica al paciente? ¿por qué refiere sentir que no puede trabajar con este paciente?, ¿lo anterior se debe a que está actuando la devaluación del paciente? Sin duda, pueden existir muchos más.

Una de las limitaciones es que esta propuesta es teórica, será importante valorar su aplicabilidad en el campo de trabajo; otra más atañe al objetivo del grupo, el cual será necesario no perder de vista, ya que una de las posibles vicisitudes es que se convierta en un grupo terapéutico. De ahí que sea relevante que el Coordinador Psicoanalista focalice la tarea del grupo de trabajo. Otro riesgo podría ser que el grupo opere bajo alguno de los supuestos básicos, y entonces en el grupo predominen un Superyó grupal y el grupo se vuelva superyóico, lo cual se podría manifestar a través de la exigencia consigo mismo y con sus integrantes. También puede suceder que quieran actuar como grupo fuera de las sesiones de reflexión, o bien, que se adopten actitudes narcisistas, un narcisismo grupal en donde todos sientan que ya lo saben y lo hacen muy bien. Por otro lado, se sugiere ampliar la población objetivo a la que va dirigido este grupo de reflexión, ya que esta propuesta está formulada sólo para analistas/psicoterapeutas o psicólogos clínicos en formación, pero puede ser útil para aquellos especialistas

que llevan varios años en el trabajo en el consultorio y identifiquen la necesidad de trabajar sobre su contratransferencia, ya que como Freud lo ha dicho uno no puede ir más allá de lo que ha resuelto, de lo que permiten nuestros conflictos inconscientes.

Me parece importante sugerir investigaciones que den seguimiento del grupo de trabajo desde su inicio hasta su conclusión y aprovechar para que en estos grupos se pueda profundizar en todas aquellas motivaciones que subyacen y que nos ofrecen una explicación más completa de lo que se está observando, entre el terapeuta y paciente, ya que es de suma relevancia detectar en que momento del tratamiento, se pierde la función analítica y que es lo que tendríamos que estar atentos para restaurar la capacidad de autoobservación del analista. Un punto del que será interesante profundizar más, es sobre la transferencia-contratransferencia entre los miembros del grupo y del Coordinador Psicoanalista, para que esta no sea un obstáculo en el trabajo grupal, por eso será importante que el coordinador cuente con experiencia y manejo en éste ámbito.

Se coincide en que la contratransferencia tal y como inicialmente la explicó Freud, puede constituirse en obstáculo cuando ésta no se analiza, cuando hay una falta de conocimiento de sí mismo e incluso ausencia de un interés por investigar y entender porque se está pensando y sintiendo de determinada manera. Considero que cuando predominan los aspectos narcisistas en los analistas, donde se da todo por hecho en el discurso tipo: “todo lo sé”, “ya estoy analizado”, “tengo tantas horas de supervisión”, se pierde el interés natural por seguirse planteando preguntas internas, ese podría ser el momento cuando la escucha se bloquea y se diluye la capacidad de contactarse con el otro, el paciente, de una forma más humana y menos racionalizada: ¿en qué momento experimentó cierto afecto hacia este paciente?, ¿por qué surgieron estas fantasías?.

De interés particular por resaltar como sugerencia en la propuesta de trabajo, es el uso del espacio de autorreflexión personal referido por la doctora Raquel Berman

(R. Berman, comunicación personal, septiembre 2009). Este recurso técnico aporta un elemento muy valioso para lograr una comprensión más completa y total de aquello que nos presenta el terapeuta en formación en su viñeta o sesión analítica. Dicho terapeuta, describe y procesa su contratransferencia, dando paso de la palabra dicha a la escrita, es un recurso que permite captar lo que el analista o terapeuta en formación, pensó y sintió y que al grupo de trabajo y al Psicoanalista Coordinador le permitirán entender de forma más profunda el por qué se intervino o no de determinada manera.

*“Me sentí profundamente triste mientras lo escuchaba, sentí un dolor en el pecho... una voz interna me decía recupérate y piensa como este paciente se está sintiendo, está viendo la vida en blanco y negro, objetos parciales, escindidos o todo está bien o todo está mal, se coloca en un lugar de autosabotaje cuando empieza a sentir que algo funciona.” (Ejemplo de una referencia personal).*

Se puede concluir, que el analista en formación, e incluso el analista con amplia experiencia, necesitan tener un espacio al que algunos otros autores que se revisaron definen como encuadre interno para escucharse...a sí mismo.

Reconocer (nos) conmovidos, alegres, incómodos o confundidos ante el material que nos ofrece un paciente durante mucho tiempo fue pensado como algo que no debería suceder en el analista, se concebía como un analista frío y distante, un gran mito que por mucho tiempo acompañó a los psicoanalistas o psicoterapeutas psicoanalíticos. Considero que sentir y registrar aquello que sucede en el vínculo terapéutico con el paciente y con nosotros mismos no es perder la abstinencia ni la neutralidad (las cuales son reglas básicas en el tratamiento con pacientes e indispensables para evitar actuaciones o enactment's); hacer contacto con nuestra contratransferencia permite reconocer que hay dos seres humanos trabajando en un mismo espacio, en un encuentro único e irrepetible que representa la oportunidad de ayudar al paciente a enriquecer su Yo y a conocerse a sí mismo, del otro lado, a nosotros ubicados en el papel del analista nos permite identificar aquello que resuena por la propia historia e inconsciente, y a advertir que también implícitamente aprendemos del paciente mismo a conocernos más.

## Referencias

- Alarcón, F.J. (2009). Más allá de la neurosis. Bases teóricas para la comprensión de los pacientes límite. *Revista de Psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica de Madrid. 58, p. 61-87
- Bergeret, J. (1978). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa.
- Bergeret, J. (2009). Los estados límite. Reflexiones e hipótesis sobre la teoría de la clínica analítica. *Revista de Psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica de Madrid. 58, p. 19-40.
- Berman, R. (2012). El enactment y el superyó materno cruel. Asociación Mexicana para Investigación, Enseñanza y Práctica del Psicoanálisis Ampiep. Manuscrito Inédito.
- Bernard, M. (2006). El Trabajo psicoanalítico con pequeños grupos. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Brox, V. (2014) Clínica Psicoanalítica en las Organizaciones Borderline. Clínica Contemporánea. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, vol.5 no.2, Madrid. p 149-159
- Castrellón, J. (1993). Experiencia de grupo psicoeducativo con residentes de Psiquiatría. *Imagen Psicoanalítica*. Asociación Mexicana para la práctica, investigación y enseñanza del Psicoanálisis. 2, 3. p. 157-165.
- Coderch, J. (2002). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Crespo, L.F. y Onrubia, G. (1997). La identidad psicoanalítica en las instituciones de salud mental. *Revista de Psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica de Madrid, 26, p. 63-80.
- Diccionario de la Lengua Española (23 edición). (2014). Real Academia Española. España: Espasa Calpe.
- De Celis, M. (2007) Contratransferencia, pasado y presente: una revisión del concepto (Jacobs 2002). *Revista Internacional de Psicoanálisis*. *Aperturas Psicoanalíticas*, 25, Recuperado de <http://www.aperturas.org>
- Ellman, S. (2010). *When Theories touch. A historical and theoretical Integration of psychoanalytic thought*. London: Karnac.

- Epstein, L. en Epstein, L. & Feiner, A. (Eds.). (1993) *Countertransference. The Therapist contribution of the therapeutic situation*. EUA: Jason Aronson, Inc.
- Etchegoyen, R. H. (2005). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. (2ª. Edición Ampliada). Buenos Aires: Amorrortu.
- Evans, M. (2007). Being driven mad: Towards understand borderline and other disturbed states of mind through the use of the countertransference. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 21, 216-232.
- Fraley, K. (2007). Bion's Model of the Mind. *Psychoanalytic Social Work*. 14. p. 59-76
- Freud, S. (1912/1979) Consejos al médico. En *Obras Completas. Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913/1976). La iniciación del tratamiento. En *Obras Completas. Tomo XIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1979a) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras Completas. Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913/1976b). Tótem y Tabú. En *Obras Completas. Tomo XIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1976b). La Represión. En *Obras Completas. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1921/1976b). Psicología de las Masas y análisis del Yo. En *Obras Completas. Tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gabbard, G. y Lester, E. (2003). *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. United States of America: American Psychiatric Publishing.
- Green, A. (2001). *De Locuras Privadas*. (Segunda reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2005) *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez de Cortés, C. (2000). ¿Quién es el paciente limítrofe? *Salud mental*, 23 (1).p. 30-38. Recuperado en [http://www.inprf-cd-gob.mx/revista\\_sm/resumensimple.php](http://www.inprf-cd-gob.mx/revista_sm/resumensimple.php)
- Guzik, D. (1993). Dificultades en la práctica psicoanalítica de terapeutas en formación. *Imagen Psicoanalítica*. Asociación Mexicana para la práctica, investigación y enseñanza del Psicoanálisis. 2,3, 66-75.

- Grinberg, L. (Comp)(1977). *Prácticas Psicoanalíticas Comparadas en las Psicosis*. Biblioteca de Psicología Profunda. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O. (1995). *Psicoterapia Psicodinámica del Paciente Limítrofe*. México: Planeta.
- Kernberg, O. (2010) *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*. (4ª. Edición). España: Paidós.
- Killingmo, B. (1989). Conflicto y déficit. Implicaciones para la técnica, en Libro anual de Psicoanálisis del International *Journal of Psychoanalysis*, 70. p. 111-126
- Klein, M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. *En Tomo 3. Envidia y gratitud y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós.
- Labarthe, C. (2012). El encuadre interno del analista. *Revista de Psicoanálisis. Sociedad Psicoanalítica Peruana*. 11 Recuperado en [www.revistapsicoanálisis.com/el-encuadre-interno-del-analista](http://www.revistapsicoanálisis.com/el-encuadre-interno-del-analista).
- López Garza, D. (2004). *Psicoterapia Focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes*. Asociación Psicoanalítica Mexicana. México: ETM
- McDougall, J. (1978) Primitive communication and the use of countertransference. *Contemporary Psychoanalytic*. 14, 173-209
- Masterson, J. (1975). *Tratamiento del Adolescente Fronterizo*. Buenos Aires: Paidós.
- Menninger, K. (1962). *Teoría de la técnica psicoanalítica*. México: Pax.
- Ortiz, E. (2011). *La mente en desarrollo. Reflexiones sobre clínica psicoanalítica*. México: Paidós.
- Palacios, A. (1997) Capítulo 1. El proceso Psicoanalítico en J. Vives (Comp) (1997). *El Proceso Psicoanalítico*. México: Plaza y Valdés.
- Parsons, M. (2006). The Analyst's Countertransference to the Psychoanalytic Process. *International Journal of Psychoanalysis*. 87, p.1183-1198.
- Paz, C. (1977). *Estructuras y/o Estados Fronterizos en niños y adultos*. III. Investigación y Terapéutica. Argentina: Nueva Visión.

- Paz, C.A. (2009a). Lugar e importancia de los sueños en los pacientes borderline. *Revista de Psicoanálisis*, Asociación de Psicoanálisis de Madrid, 57, p. 109-125
- Paz, C.A. (2009b). Patología límite y técnicas Psicoanalíticas. *Revista de Psicoanálisis*, Asociación de Psicoanálisis de Madrid, 58. p 153-182.
- Quiroz, J. (2004). Trastorno de la personalidad borderline, personalidad limítrofe o trastorno límite. Órgano informativo del Departamento de Medicina Familiar. Aniversario 30. Departamento de Medicina Familiar. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm121/articulorev.html>.
- Racker , H. (1986). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. (Primera reimpresión) México: Paidós.
- Racker, E. (2000). El papel de la contratransferencia en el proceso psicoanalítico de transformación interna. *Revista de Psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica de Madrid. 32, 23-42
- Radosh, R. (2000). Regresiones y Progresiones al servicio de la curación en un grupo de psicoterapia psicoanalítica. Asociación Mexicana para Investigación, Enseñanza y Práctica del Psicoanálisis Ampiep. Manuscrito Inédito.
- Reich, A. (1951). On Counter-Transference. *International Journal psychoanalysis*. 32, 25-31
- Sánchez –Escárcega, J. (2007). *La práctica psicoanalítica. Teoría, clínica, aplicaciones, investigación y enseñanza*. México: Universidad de Zacatecas.
- Sandler, J., Dare, C. Holder, A. (1993). *El paciente y el analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Sandoval, D. (1993). Un psicoanalista en el sillón. El mito de la distancia. *Imagen Psicoanalítica*. Asociación Mexicana para la práctica, investigación y enseñanza del Psicoanálisis. 2,3, 77-92.
- Slucki, D. y Wikinski, M. (2004). Una aproximación psicoanalítica a las personalidades límite. Vertex. *Revista Argentina de Psiquiatría*. XV, p.274-279.
- Tizón, J.L. (1993). Una perspectiva de los “grupos Balint”: los “grupos de reflexión”. *Revista de Psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica de Madrid, 18, 37-63.

## ANEXO 1

### GUIA DE PREGUNTAS SUGERIDAS

#### ANÁLISIS DE LA CONTRATRANSFERENCIA

##### Para la persona que presenta caso

- ¿Cuáles son las fantasías que produce en mí este paciente?
- ¿Cuál es la emoción que se despierta en mí cuando me contactó por primera vez este paciente?
- ¿Qué estoy sintiendo durante mientras escucho el relato de este paciente?

##### Para los integrantes del grupo

- ¿Cuál es la emoción que se despierta en mí cuando escuché la historia del paciente?
- ¿Cuáles imágenes vienen a mi mente después de escuchar la reflexión del terapeuta en formación?
- ¿Qué emoción observo que se le despertó al terapeuta con el paciente?
- ¿Qué es lo que el psicoterapeuta/analista en formación, no ve claramente y que si se ve?
- ¿Qué me está provocando escuchar esta viñeta?



## ANEXO 2

### GUIA DE PREGUNTAS SUGERIDAS PARA EVALUAR AVANCES TECNICOS EN EL MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA

- Como analista/ psicoterapeuta en formación, ¿registro mi contratransferencia y la utilizo para comprender al paciente?.
- ¿Percibo que mi capacidad para escuchar al paciente mejoró? Me considero capaz de conectarme con el paciente?.
- Como analista/psicoterapeuta en formación ¿siento que puedo integrar la información que obtengo de mi contratransferencia y emplearla en la formulación de mis intervenciones (señalamientos, clarificaciones, confrontación, interpretación)?.
- ¿Identifico si hay algo que interfiere en mí que no me permite manejar la contratransferencia? ¿y puedo recuperar mi función analítica?.
- En mi función como analista/psicoterapeuta en formación ¿funjo como contenedor (no receptor) de las proyecciones del paciente?.
- Considero que la dinámica del grupo, ¿permitió la creación de un espacio de aprendizaje y reflexión para el estudio de la contratransferencia?.