

Trabajo Final Integrador. Especialidad en Psicopatología y Salud Mental.

IUSAM APDEBA

Estudiante: Dr. Federico Testagrossa

Director de la Carrera: Dr. Ortiz Frágola

Secretario Académico: Lic. Juan Ramón Aguilar

Aspectos contra-transferenciales de profesionales de la salud mental, frente a pacientes con diagnóstico de personalidad borderline.

Introducción

El presente trabajo tiene como finalidad realizar un estudio exploratorio acerca de la modalidad de aproximación clínica de una muestra de profesionales de la salud mental de Latinoamérica, frente a pacientes con diagnóstico de personalidad borderline o trastorno límite de la personalidad, así como explorar determinantes básicos de los aspectos contra-transferenciales en términos de sentimientos comunes o preponderantes de los profesionales frente a dichos pacientes.

Para tal fin se realizó una encuesta a 140 profesionales de la salud mental de diferentes países de habla española de Latinoamérica. La misma fue estructurada en relación al estudio previo descripto en los antecedentes y al marco teórico de la personalidad borderline, tomando en cuenta diferentes miradas acerca del cuadro clínico.

Objetivo Primario:

- a) Explorar la práctica de análisis propio (pasado o presente) por parte de los profesionales de la salud mental y cotejar esta práctica con datos contra-transferenciales frente a dichos pacientes.

Objetivos Secundarios:

- b) Explorar la modalidad diagnóstica de los profesionales de la salud mental frente a pacientes que serán diagnosticados como trastorno límite de la personalidad o personalidad borderline.
- c) Explorar la modalidad terapéutica elegida por los profesionales de la salud mental.

Marco teórico

Consideraremos el concepto de personalidad borderline desde una visión práctica para hacer referencia a diferentes categorías que designan un estado particular de mecanismos psíquicos intermedios entre la neurosis y la psicosis.

La denominación borderline state ha sido incluida en el Glosario de términos y conceptos psicoanalíticos de la Asociación Psicoanalítica Norteamericana y se la define como “un término descriptivo que se refiere a un grupo de condiciones que manifiestan, tanto fenómenos psicóticos como neuróticos, sin caer inequívocamente en ninguna de dichas categorías diagnósticas”.

Si nos circunscribimos específicamente al DSM-III, esta entidad se ajustaría al desorden esquizotípico de la personalidad, mientras que si nos focalizamos en la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud, en sus revisiones 8ª. y 9ª. (ICD-8 y 9) de 1974 y 1978, la personalidad borderline se emparentaría a la Esquizofrenia latente.

El desorden de la personalidad borderline, trastorno borderline o personalidad fronteriza constituye una de las patologías cuyo diagnóstico ha suscitado numerosas controversias en el campo de la salud mental. Desde su inclusión en el DSM, tanto psicólogos como psiquiatras han buscado precisar de forma concreta los conceptos que venían desarrollándose hasta el momento de modo inconsistente.

Otto Kernberg, psiquiatra de origen vienés, formado en Chile y actualmente residente en Estados Unidos contribuyó a este intento por dilucidar la problemática, realizando el estudio acerca de la organización de la personalidad de frontera¹, que resultó ser el de mayor importancia hasta la actualidad.

Una de las conductas más habituales cuando se debe realizar el diagnóstico de borderline, es considerarlo como una categoría residual ante la existencia de un cuadro que no se ajusta a los esquemas nosográficos más clásicos neurosis o psicosis. Dicha categoría se termina componiendo de ciertas características propias de cada una de estas patologías. De este modo, se mantiene el principio de realidad existente en la neurosis –a pesar de que los borderline no concuerdan con la diferencia entre el sí mismo y el objeto pero sin pérdida real de la diferenciación como sucede en la psicosis- mientras que también se nutre del mecanismo de proyección masiva como defensa predominante, presente en la psicosis.

1. Kernberg, O.F. (1998) Una teoría psicoanalítica de los trastornos de personalidad. En. Personalidad y Psicopatología

Si dirigimos la mirada particularmente hacia la estructura de la patología borderline, se puede explicar que se caracteriza por una forma específica y estable de una estructura patológica del yo, un estancamiento en el desarrollo. Aquello que permite identificar el síndrome borderline no son los síntomas que se manifiestan –y ahí radica parte de su complejidad- debido a que éstos pueden variar.

Entre las investigaciones que se han llevado adelante acerca de la problemática borderline, se considera que el trabajo desarrollado por Grinker, Werble y Drye (1968) es uno de los más rigurosos y metódicos. Estos autores enumeran una serie de aspectos que conforman las características esenciales de este síndrome:

- a) Rabia o ira, como el principal o único afecto;
- b) el trastorno en las relaciones afectivas en su calidad de dependientes, complementarias y raramente recíprocas;
- c) identidad inconsistente, lo que aparenta estar vinculado con la falta de relaciones afectivas y con la rabia, en la intimidad.
- d) depresión, con sentimiento de soledad depresiva y aislamiento. No debe asociarse con depresión culposa, auto acusatoria o con remordimientos.

Según Grinker, Werble y Drye el borderline no debe ser comprendido como un proceso regresivo sino que se trata más bien de una deficiencia en el desarrollo que puede explicarse como una deformidad o distorsión de las funciones del yo cuya etiología no se conoce.

Tomando en consideración este planteo así como lo expuesto previamente, podría esbozarse una definición más apropiada estableciendo que se trata de un desorden de la personalidad que se caracteriza por una inestabilidad emocional que impacta negativamente en todos los ámbitos de la vida del paciente. El individuo que padece el borderline expresa acentuadas fluctuaciones de humor ante las situaciones que se le presentan en su experiencia diaria. El cuadro empeora cuando se manifiestan episodios psicóticos breves o cuando se observa una repetición de intentos de suicidio como consecuencia de una decepción o una pelea.

Un rasgo que no debe omitirse es que aun habiéndose producido daños de gravedad en las funciones del yo, el paciente borderline puede adaptarse correctamente a las demandas provenientes de su entorno, asumiendo un comportamiento deseable de acuerdo con los mandatos convencionales. Las

interacciones superficiales con los objetos pueden quedar inalterables y los logros habituales no estar dañados.

La diferenciación entre un individuo borderline y un esquizofrénico incipiente también debe ser atendida. Por ello resulta importante no perderse en la confusión que puede generar la presencia de episodios psicóticos pasajeros en los sujetos borderline, bajo tensión intensa y con una sintomatología de depresión, huida y adaptación esquizoide. Es la resistencia a la psicosis lo que distingue a los pacientes borderline. Cuando atraviesan circunstancias que los decepcionan, ante momentos de rupturas con sus vínculos personales, de pérdidas o cambios repentinos e inesperados, los borderline carecen de la preparación para tolerar y superar tales conflictos. Como consecuencia, emergen las descompensaciones agudas.

Tal como expresó con lucidez el psicoanalista francés André Green, lo intolerable “es el cambio del objeto, que constriñe al Yo a un cambio correspondiente.”² En definitiva, se trata de una transformación que altera la estabilidad y perennidad narcisista unitaria ante lo cual se torna inevitable sostener la desmentida. La carencia en la preparación del sujeto se encuentra estrechamente vinculada con su falta de capacidad para discernir entre su Yo y el objeto.

El Self en el borderline. Transferencia y Contratransferencia

En el curso del tratamiento las principales defensas del paciente borderline, se erigen contra la posibilidad de depender del analista ya que toda situación que los haga sentir dependientes los retrotrae inmediatamente a la básica situación amenazante de su temprana infancia. Todos sus esfuerzos parecen estar dirigidos a derrotar al analista, a destruir todo lo bueno y valioso que perciben en él y a convertir el análisis en un juego sin sentido.

Los pacientes borderline, merced a su transferencia intensa, prematura y caótica (debido al predominio de la proyección primitiva), gracias a la cual transferencia y realidad se ven confundidas, tienden a provocar en el terapeuta fuertes reacciones contra-transferenciales que, en ocasiones, revelan la esencia más significativa de las caóticas manifestaciones del paciente.

Cuanto más desintegrado es el paciente, mayor es la necesidad de integración en el analista, con pacientes psicóticos, la contratransferencia es quizás el único medio en que se puede basar el tratamiento, contando probablemente, como mecanismo subyacente, con la identificación con el ello del paciente.

2. Green, Andre Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Amorrortu. tercera reimpresión, 1999
Traducción. José Luis Etcheverry

Cuanto más intensa y precoz es la respuesta emocional del analista ante el paciente, mayor es el peligro que representa para su neutralidad, y cuanto más fluctuante, caótica y rápidamente cambiante es aquella reacción, más motivos hay para pensar que el terapeuta está en presencia de un paciente gravemente regresivo.

Por otra parte, la incapacidad del borderline de ver al analista como objeto integrado por derecho propio y el patológico incremento de la proyección alternada de imágenes de sí mismo y de los objetos (que permite el intercambio de los roles específicos en la transferencia) debilitan los límites yoicos y dan lugar a la psicosis transferencial.

Cuando en la transferencia se manifiestan relaciones objetales conflictivas de muy temprano origen, como ocurre con frecuencia con pacientes muy desorganizados y con serias perturbaciones caracterológicas, el terapeuta se ve envuelto en un proceso de regresión empática, al tratar de preservar su contacto emocional con el paciente. En algún momento de la regresión pueden reactivarse tempranas identificaciones del propio terapeuta, al tiempo que entra en funcionamiento el mecanismo de identificación proyectiva.

El terapeuta se ve entonces amenazado por varios peligros de origen interno, como por ejemplo:

- La reaparición de la ansiedad vinculada con tempranos impulsos, sobre todo de carácter agresivo, que se dirigen ahora hacia el paciente;
- una cierta pérdida de los límites yoicos en la interacción con ese paciente, y
- la fuerte tentación de controlar al paciente, como consecuencia de la identificación de éste con un objeto del pasado del analista.

Como consecuencia de un tratamiento prolongado e infructuoso, el analista puede intentar defenderse desvalorizando al paciente, quien ve así ratificada su sensación de que aquél está transformándose en uno de los objetos peligrosos de los que trataba de huir; puede ocurrir también que cualquier pequeña frustración haga tomar conciencia al paciente de que ya no controla al analista.

Es en este momento cuando suele producirse la interrupción del tratamiento; el paciente huye de un objeto transferencial odiado y frustrante, al que reduce nuevamente a “sombra” y la contratransferencia del analista refleja la correspondiente sensación de “vacío”, como si el paciente no hubiera existido nunca.

Racker realizó un detallado estudio de la utilización de la contratransferencia como fuente de información acerca de la constelación emocional interna del paciente, clasificando las identificaciones que tienen lugar en las reacciones contra-transferenciales en dos tipos: “identificaciones concordantes” e “identificaciones complementarias”.

La concordante es la identificación del analista con el sector correspondiente del aparato psíquico del paciente; esto es, el yo con el yo, el superyó con el superyó. Merced a esta identificación, el analista experimenta en sí mismo la principal emoción que el paciente está sintiendo en ese momento; al respecto -acota Racker - “podríamos considerar que la empatía es una expresión directa de la identificación concordante”.

La identificación complementaria (concepto que Helene Deutsch fue la primera en formular) se refiere a la identificación del analista con los objetos transferenciales del paciente. En el contexto de este tipo de identificación el analista experimenta la emoción que el paciente atribuye a su objeto transferencial, en tanto que el propio paciente experimenta la emoción que vivió en el pasado, en su interacción con esa particular imagen parental. Por ejemplo, el analista puede identificarse con una imagen paterna rígida y prohibitiva que despierta en él la tendencia a criticar y controlar al paciente, mientras éste revive el temor, el sometimiento o la rebeldía que sintió en la relación con su padre.

Según Racker, el analista fluctúa entre estos dos tipos de identificaciones contra-transferenciales.

Es precisamente en el nivel de regresión en el que se produce la identificación proyectiva del analista, donde la identificación complementaria alcanza su máximo desarrollo. Cuando el analista no consigue “escapar” de su atadura contra-transferencial, restablece el círculo vicioso de la interacción entre el paciente y la imagen parental, con la cual aquél está identificado.

Las defensas caracterológicas de tipo neurótico son la protección más segura que encuentra el analista contra las ansiedades primitivas que tienden a aparecer en su contratransferencia, y la particular formación caracterológica complementaria que establece con el paciente es el resultado de la mutua influencia que la identificación proyectiva ejerce en ambos. Un importante factor que participa activamente en la neutralización y la superación de los efectos que la agresión y la autoagresión ejercen sobre la contratransferencia, es la capacidad del analista de experimentar preocupación. En este contexto, la preocupación importa el reconocimiento, por parte del analista, de la intensidad de los impulsos destructivos y autodestructivos del paciente, de la posibilidad de que dichos impulsos se manifiesten en él mismo, y de las limitaciones inherentes a sus esfuerzos terapéuticos con el paciente.

La preocupación significa reconocer la intensidad de la destructividad de los seres humanos en general y la esperanza, no la certeza, de que en el nivel individual, aquellas tendencias pueden ser combatidas con éxito.

Winnicott sugiere que la capacidad de preocupación es el resultado de sentimientos de culpa medidos y modulados.

La preocupación implica también salir del encierro narcisista y la disposición por parte del analista, a rever determinado caso con un supervisor, en contraste con la tendencia a mantener en secreto el propio trabajo.

Modell (citado por Marinópulos Córdova y Ruiz Huidobro Boklund, op.cit.) describe la transferencia del borderline como transicional en el sentido de objeto transicional de Winnicott, en ella el terapeuta es percibido como un objeto más allá del self, no reconocido plenamente como individuo autónomo e investido casi completamente con cualidades proyectadas por el paciente.

Psicosis transferencial

La indefinición del concepto de sí mismo y la falta de diferenciación e individualización de los objetos, interfieren con la discriminación entre relaciones objetales presentes y pasadas y contribuyen al desarrollo de la psicosis transferencial. Esta constituye una complicación típica del tratamiento de pacientes de personalidad fronteriza. La psicosis transferencial del paciente fronterizo y la transferencia psicótica.

Objeto transicional es una expresión creada por D.W.Winnicott en 1951, para designar al objeto material que tiene para el lactante y el infante un valor preferencial y le permite efectuar la transición necesaria entre la primera relación oral con la madre y una verdadera relación objetal. Winnicott sitúa el objeto transicional en el área de la ilusión y el juego. Aunque el lactante lo “posea” como sustituto del seno, no reconoce que forme parte de la realidad exterior: es la primera posesión “no-yo”. También está destinado a proteger al niño de la angustia de separación en el proceso de diferenciación entre el Yo y el no-Yo. Un objeto es transicional porque marca el pasaje del niño desde un estado en el que se encuentra unido al cuerpo de la madre, a otro estado en el que puede reconocerla como diferente de él y separarse de ella: hay allí una transición desde la relación fusional (no-Yo) hacia una simbolización de la realidad objetal (Yo). Esta concepción del objeto transicional surgió de una lectura fenomenológica de la cultura cristiana, como lo señaló Winnicott en su prefacio de 1971 a Realidad y Juego, en el cual evoca la célebre controversia sobre la transustanciación. La transformación del pan y el vino en el cuerpo y la sangre de Jesús es a juicio de Winnicott un fenómeno transicional.

Antecedentes

Se realizó una búsqueda de estudios realizados y publicados que hayan evaluado aspectos transferenciales y contra transferenciales en profesionales de la salud mental frente a pacientes con diagnóstico de personalidad borderline.

Se encontró el siguiente estudio del año 2012: Encuesta a profesionales de la salud mental sobre diagnóstico de trastorno límite de la personalidad ref., el cual tenía un apartado acerca de aspectos contra-transferenciales.

El objetivo del estudio consistió en explorar la experiencia clínica y personal de los profesionales con pacientes TLP y las ideas y creencias que tienen sobre el trastorno. Se realizó una encuesta en 216 profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) que recoge información acerca de distintos aspectos

del desorden mental: diagnóstico y pronóstico, abordaje terapéutico, adherencia al tratamiento, conocimiento bibliográfico, experiencia clínica y experiencia personal con pacientes con TLP.

Experiencia personal con pacientes TLP. La sección de experiencia personal del cuestionario recaba información sobre las emociones y sentimientos que el profesional ha tenido al tratar a pacientes con trastorno límite de la personalidad. Los resultados descritos a continuación figuran en la tabla 3. En primer lugar, se preguntó acerca de qué emociones despiertan pacientes con TLP en los profesionales. Estos indicaron que, con una intensidad “moderada”, los pacientes les generan cansancio y frustración y, con “poca” o “muy poca” intensidad, confusión, bronca, lástima y sentirse manipulado/a o paralizado/a. En cuanto a las emociones positivas, señalaron que, con una intensidad “moderada”, también les producen deseos de ayudar, sentimientos de comprensión, confianza y desafío. Posteriormente, indicaron que la intensidad y frecuencia con la que los pacientes despiertan sentimientos negativos es de “poca” a “moderada”. Finalmente, al preguntar si la intensidad y frecuencia de estos sentimientos es menor, igual o mayor a la sentida con otros pacientes sin TLP, la mayoría indicó ser mayor.

Material y método

Se realizó una encuesta ^(Nota 1) cuantitativa, cerrada, auto implementada a 140 profesionales de la salud mental durante el mes de Febrero de 2016 en los siguientes países: Argentina, México, Chile, Colombia, Venezuela, Paraguay y Uruguay.

La encuesta fue armada ad hoc, tras la evaluación del marco teórico y el establecimiento de los objetivos del estudio exploratorio.

Se utilizó la herramienta informática FormSite^R para realizar la encuesta y se distribuyó a los médicos objetivo a través de la herramienta ICOMM^R vía e-mail.

Previamente al envío de los mails de invitación a la encuesta, se verificó la validación de las bases de datos, las cuales pertenecían a médicos de la región Latinoamérica validados como tales por la empresa medcenter.

La encuesta fue constituida por diez preguntas de opción múltiple, las tres primeras para recabar datos demográficos (País de ejercicio, especialidad y rango etario de los profesionales), una pregunta acerca de antecedentes de psicoanálisis propio, una pregunta acerca de modalidad diagnóstica, dos preguntas acerca de la modalidad terapéutica, dos preguntas acerca de sentimientos contra-transferenciales y una pregunta acerca de marco teórico de la aproximación clínica al sujeto.

Cálculo de la muestra:

Según datos provistos por los ministerios de salud de los países incluidos en el estudio se calcula un aproximado de:

- Universo de médicos que trabajan en salud mental: 15.000

- Muestra del estudio: 138^(Nota 2)

Parámetros de cálculo de la muestra:

- Heterogeneidad del 10%
- Margen de error 5%
- Nivel de confianza 95%

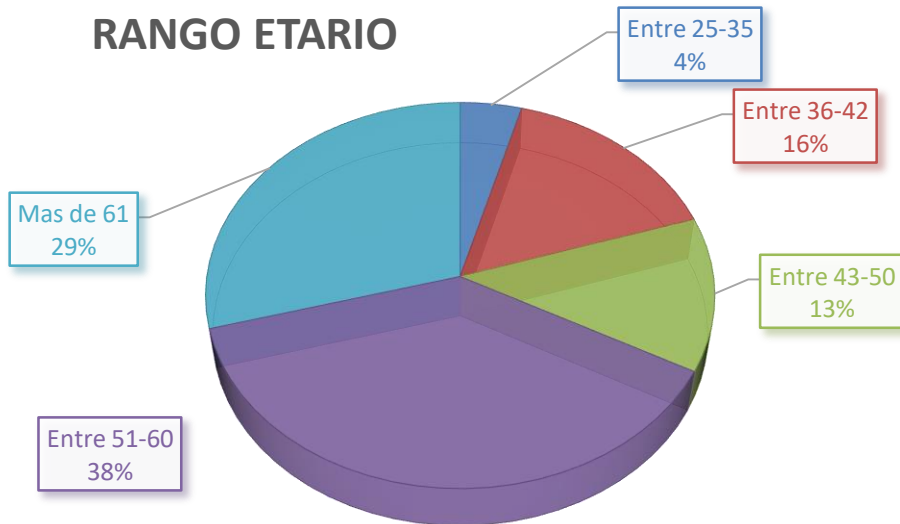
Nota 1: Ver encuesta como anexo 1.

Nota 2: Calculado con <http://www.netquest.com/> (certificación ISO 26362)

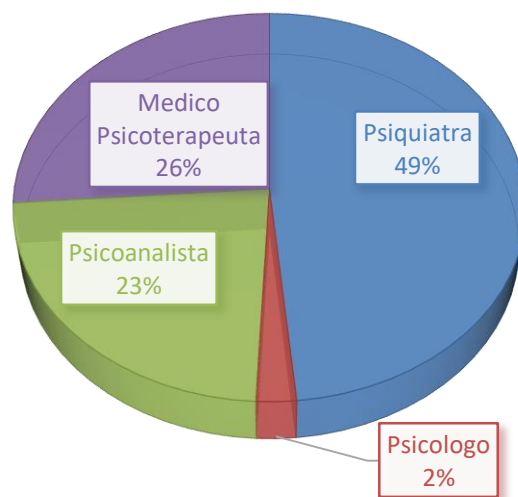
Resultados Generales



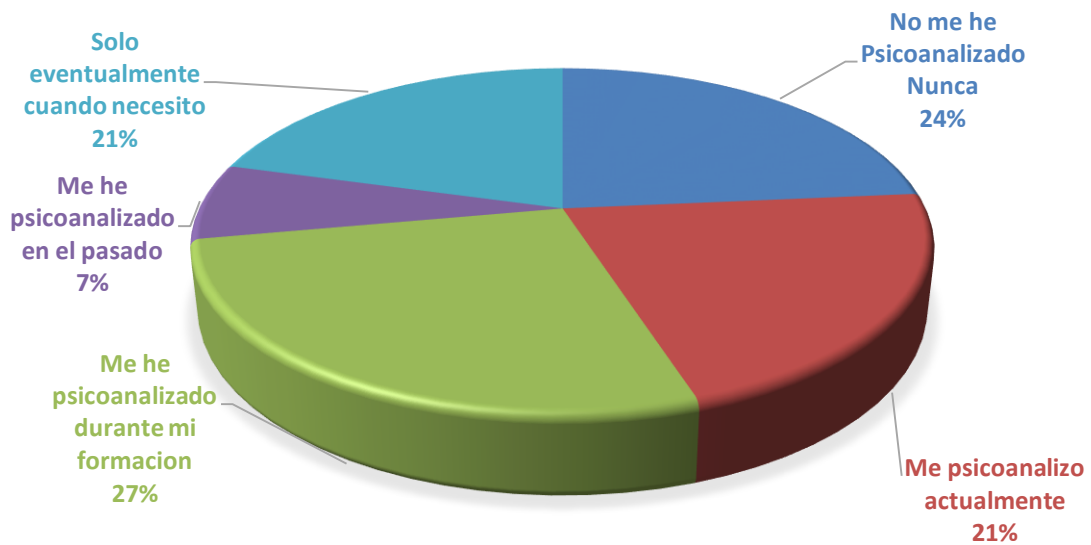
RANGO ETARIO



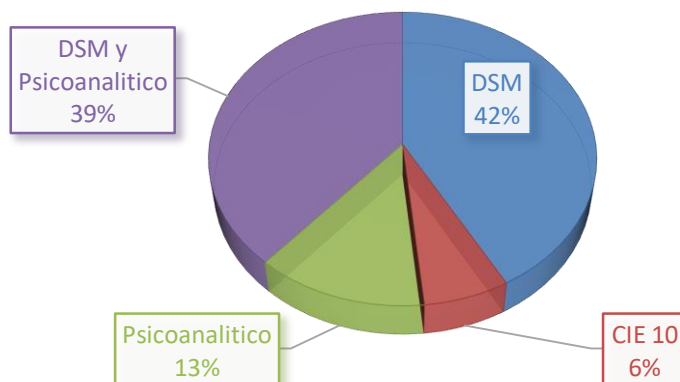
CUAL ES SU PROFESION?



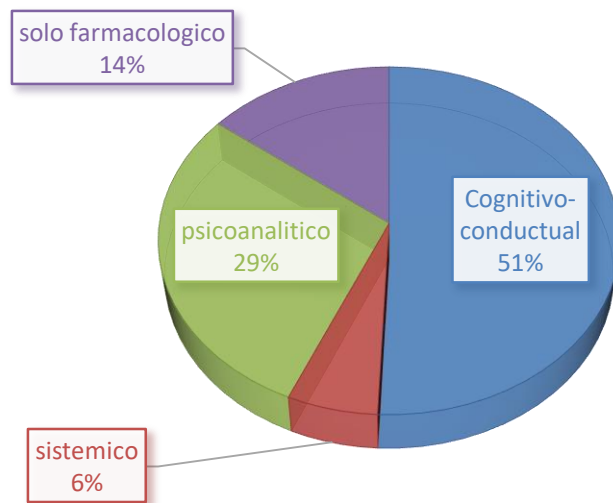
UD. SE PSICOANALIZA O SE HA PSICOANALIZADO?



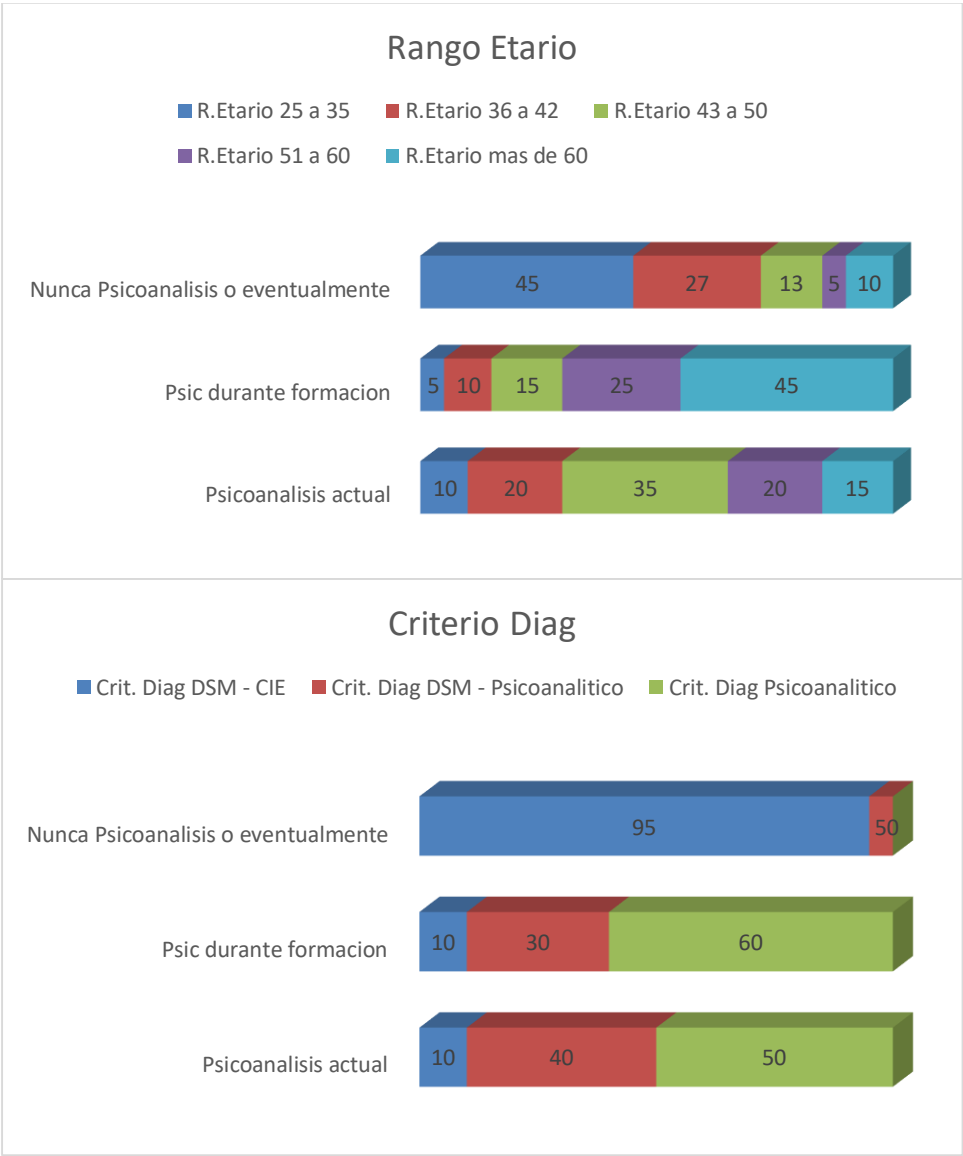
CRITERIO DIAGNOSTICO QUE UTILIZA HABITUALMENTE



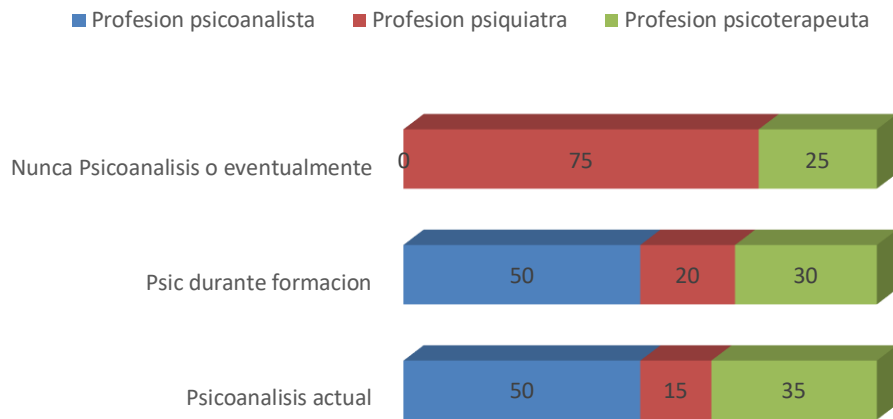
**TIPO DE PSICOTERAPIA ELEGIDA PARA ESTOS PACIENTES
COMBINADA CON FARMACOTERAPIA O FT SOLA**



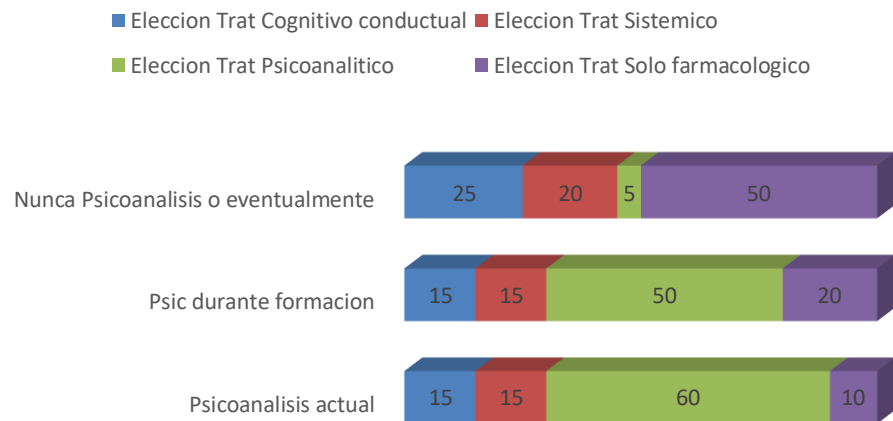
**Resultados según grupo de práctica de análisis propio.
Porcentaje según grupo.**



Profesion

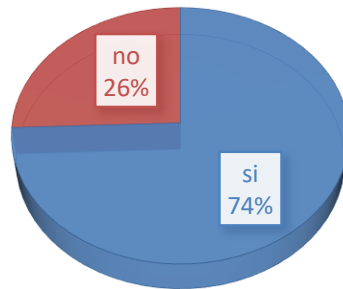


Eleccion Trat.



Aspectos Contratransferenciales

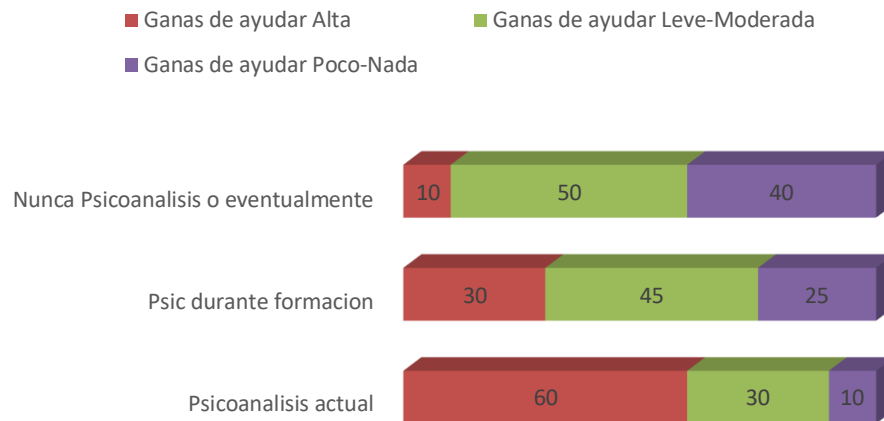
EN RELACION A SUS SENTIMIENTOS FRENTE A
ESTOS PACIENTES: UD CREE QUE LOS SENTIMIENTOS NEGATIVOS SE
PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA QUE CON OTROS PACIENTES



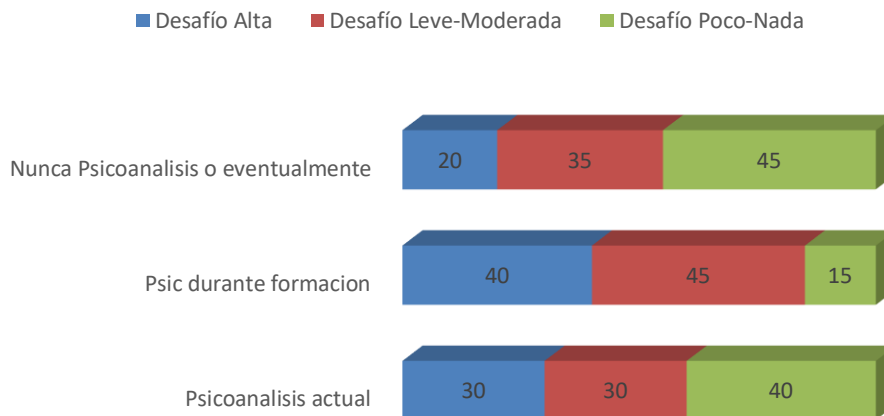
Aspectos Contratransferenciales clasificados según práctica de análisis propio (cross tabulation). Porcentaje según grupo.

En relación a sus sentimientos frente a pacientes Borderline, clasifique a cada uno de los siguientes según la intensidad de presentación en Alta / Leve-moderada / Poca o nada.

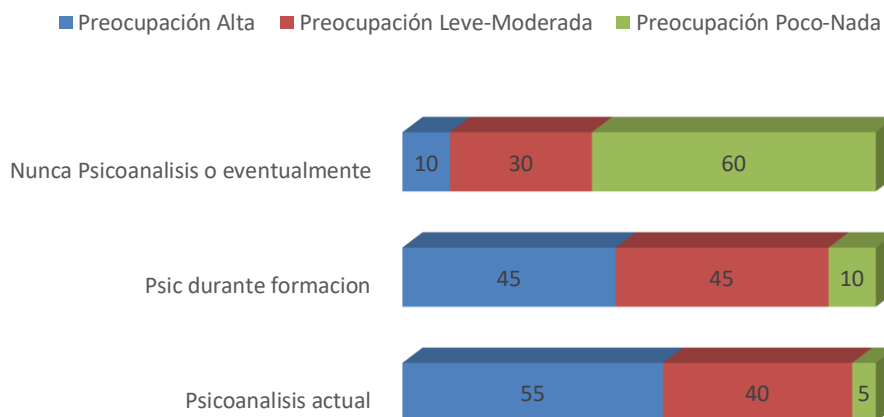
Ganas de ayudar



Desafío

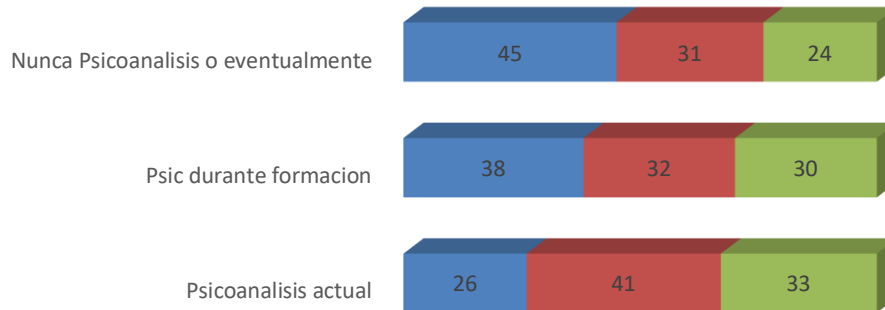


Preocupacion



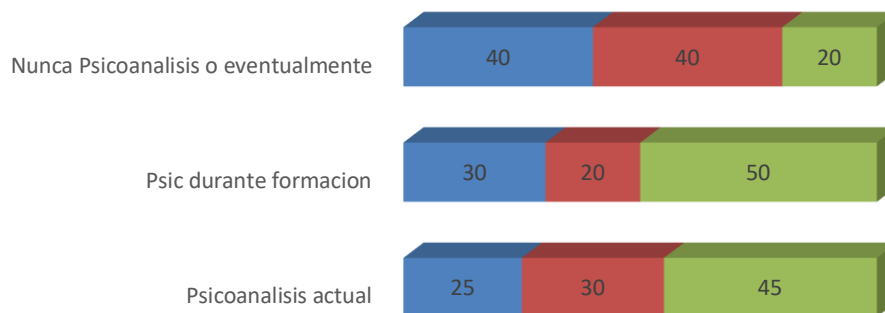
Comprensión

■ Comprensión Alta ■ Comprensión Leve-Moderada ■ Comprensión Poco-Nada



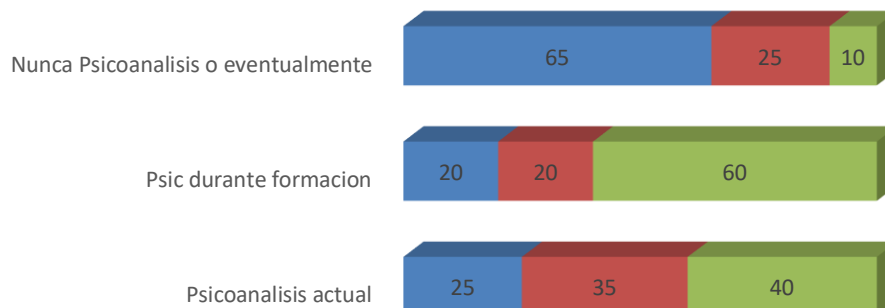
Cansancio

■ Cansancio Alta ■ Cansancio Leve-Moderada ■ Cansancio Poco-Nada



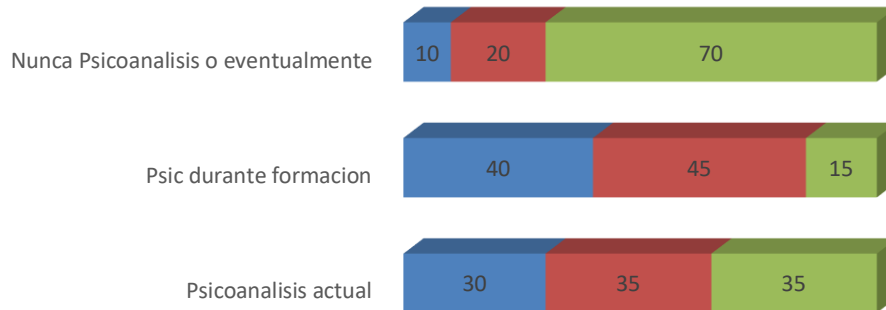
Frustración

■ Frustración Alta ■ Frustración Leve-Moderada ■ Frustración Poco-Nada



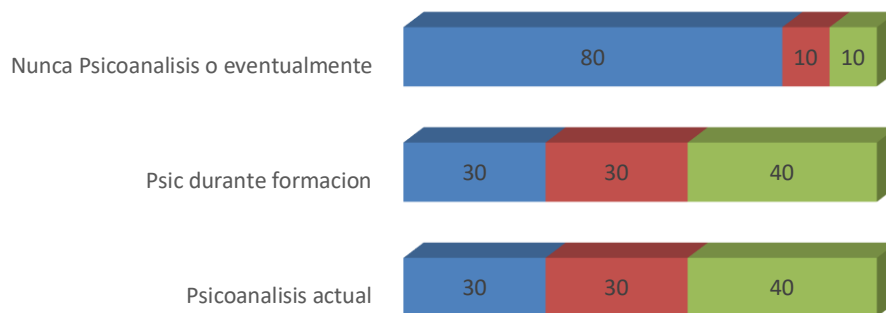
Esperanza

■ Esperanza Alta ■ Esperanza Leve-Moderada ■ Esperanza Poco-Nada



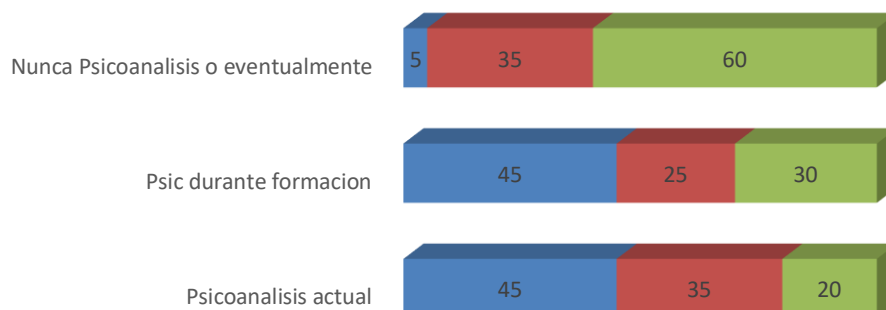
Confusión

■ Confusión Alta ■ Confusión Leve-Moderada ■ Confusión Poco-Nada



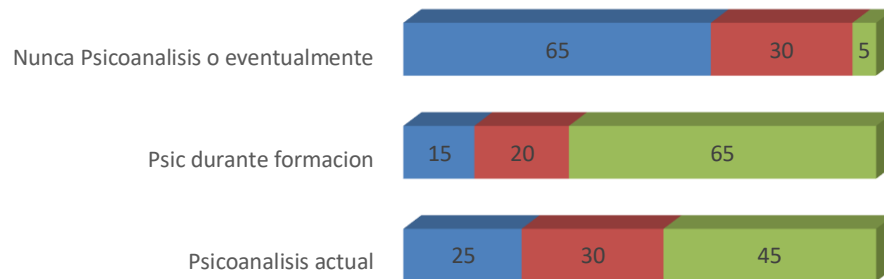
Confianza

■ Confianza Alta ■ Confianza Leve-Moderada ■ Confianza Poco-Nada



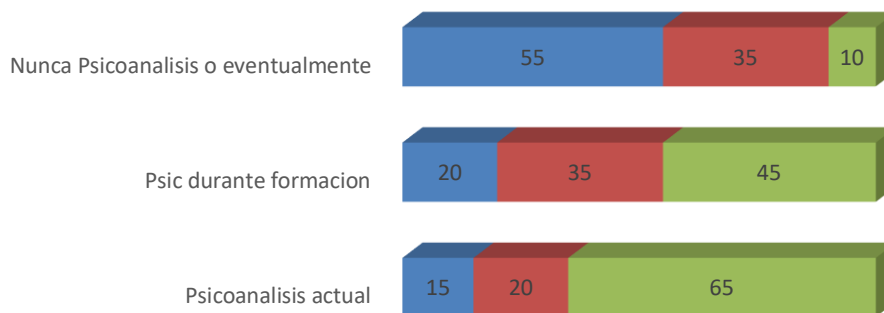
Sentirse manipulado

■ Sentirse manipulado Alta ■ Sentirse manipulado Leve-Moderada
■ Sentirse manipulado Poco-Nada

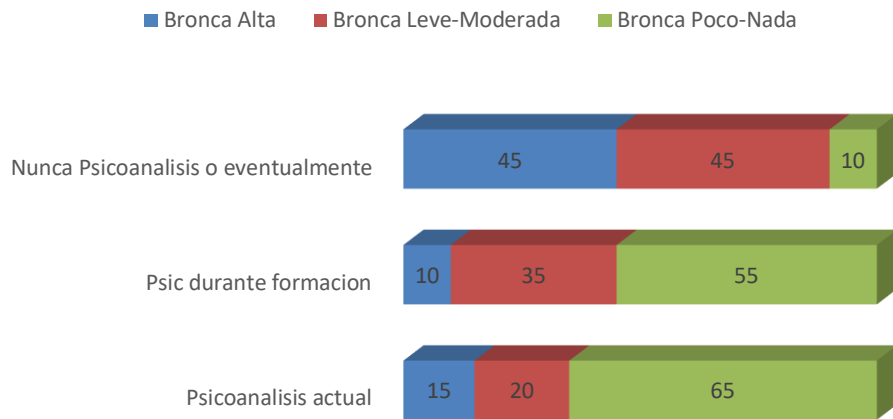


Paralizado

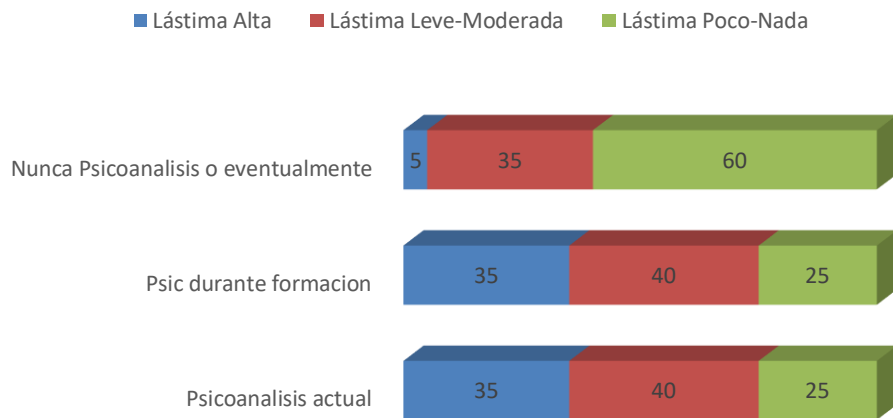
■ Paralizado Alta ■ Paralizado Leve-Moderada ■ Paralizado Poco-Nada



Bronca



Lástima



Conclusiones

Generales:

Se observó una concordancia entre el marco teórico de los profesionales en relación a las bases teóricas para realizar diagnóstico de personalidad borderline, así como la presencia de psicoanálisis propio, ya sea actual o durante la formación o el no haber realizado psicoanálisis propio.

La concordancia quedaría plasmada de la siguiente forma:

Antecedentes de psicoanálisis propio actual o durante la formación → Diagnóstico Psicoanalítico o combinado con DSM

No antecedentes de práctica de Psicoanálisis propio → Diagnóstico según DSM – CIE

De igual forma se observa concordancia en la elección terapéutica según marco teórico del profesional.

Antecedentes de psicoanálisis propio actual o durante la formación → Tratamiento psicoanalítico – Psicoterapias psicoanalíticas

No antecedentes de práctica de Psicoanálisis propio → Tratamiento farmacológico solo o combinado con terapia CC / otras.

En relación a los rangos etarios se observó que los rangos entre 43 a 60 años son los profesionales que presentaron mayor proporción en términos de análisis actual.

El rango de mayores de 51 años muestra mayor proporcionalidad de análisis propio durante la formación.

En el rango entre 25 a 42 años prevalece el nunca haber realizado psicoanálisis propio o haberlo hecho en forma eventual.

Contra-transferenciales:

El 74% de los encuestados creen que los sentimientos negativos se presentan con mayor frecuencia en pacientes con personalidad borderline.

Representatividad de los sentimientos según puntuación:

ALTO	LEVE-MODERADO	POCO-NADA
Desafío	Cansancio	Confusión
Ganas de ayudar	Esperanza	Paralizado
Preocupación	Manipulación	Bronca
Comprensión	Frustración	Lástima

Representatividad de los sentimientos según grupo de antecedentes de Psicoanálisis propio.

Sentimientos Predominantes por grupo		
Psicoanálisis propio durante formación	Psicoanálisis propio actualmente	Nunca Psicoanálisis o eventualmente
GANAS DE AYUDAR	GANAS DE AYUDAR ++	
DESAFÍO ++	DESAFIO	
PREOCUPACIÓN	PREOCUPACIÓN ++	
COMPRENSIÓN	COMPRENSIÓN	COMPRENSIÓN ++
		CANSANCIO
		BRONCA
		FRUSTRACIÓN
ESPERANZA		
		CONFUSIÓN
CONFIANZA	CONFIANZA	
		MANIPULADO
		PARALIZADO
LASTIMA	LASTIMA	

Podríamos dividir a los sentimientos contra transferenciales de la encuesta en dos grupos claramente diferenciados, por un lado aquellos sentimientos negativos frente a un paciente, y que a su vez contienen dentro de su esencia características propias de los pacientes borderline, léase: Manipulación, paralización, confusión, frustración, bronca, cansancio. Todos ellos se encuentran más presentes como sentimientos en el grupo de aquellos profesionales que nunca han realizado psicoanálisis propio o que lo han hecho eventualmente.

Por otro lado están los sentimientos con características empáticas frente a la subjetividad del paciente borderline, léase: ganas de ayudar, desafío, comprensión, preocupación, confianza, lástima. Todos estos más presentes en los sentimientos de aquellos profesionales que se analizan actualmente o lo han hecho durante su formación. Cabe destacar que el sentimiento “esperanza” se observa en forma predominante en aquellos que se psicoanalizaron durante su formación y que a la vez este grupo está representado por los profesionales de mayor edad.

La preocupación y la esperanza como sentimientos clave en el tratamiento del paciente borderline:

La preocupación significa reconocer la intensidad de la destructividad de los seres humanos en general y la esperanza, no la certeza, de que en el nivel individual, aquellas tendencias pueden ser combatidas con éxito.

Winnicott sugiere que la capacidad de preocupación es el resultado de sentimientos de culpa medidos y modulados.

Estos sentimientos medidos y modulados, hablan de una tramitación adecuada de aquellos contenidos que los pacientes borderline tienden a depositar de

forma masiva en su terapeuta. De este modo la práctica de análisis propio, así como la supervisión, serían herramientas clave a la hora de trabajar terapéuticamente con pacientes borderline.

La capacidad de trabajar aspectos propios y distinguir los contenidos defensivos propios de estos pacientes, para de esta forma evitar caer en la confusión que los pacientes borderline suelen traer a la terapia y, de esta forma, vivenciar las transferencias masivas como contenidos proyectados por estos y transformarlos en material tanto diagnósticos que indiquen un sufrimiento particular, como aprovecharlos para la construcción en pos de un camino hacia la cura, donde esperanza es el sentimiento subyacente que cobrará sentido tanto para el terapeuta como para el paciente.

Tal vez la falta de psicoanálisis propio hace vulnerable de forma particular a los profesionales de la salud mental, en términos de poseer de forma no tramitada sentimientos negativos propios de la transferencia borderline sobre el terapeuta. Donde “confusión” podría definir este fenómeno, confusión en términos de incapacidad de distinguir entre material propio o proyectado por parte del paciente, confusión en términos de ambivalencia de sentimientos, donde convive la “comprensión”, junto con la “frustración” y la “Confusión”.

Discusión:

Sería interesante profundizar en este tema y posiblemente enriquecer este estudio exploratorio con mayor número de encuestas y tal vez complementarlo con entrevistas en profundidad.

BIBLIOGRAFÍA:

Kernberg, O.F. (1998) Una teoría psicoanalítica de los trastornos de personalidad. En. Personalidad y Psicopatología

KERNBERG, Otto (1975) "Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico". Ed. Paidós. Cap. I, II y V.

GRINKER, R; WERBLE y DRYE (1968) The borderline syndrome, N.York Basic Books.

Green, Andre Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Amorrortu. tercera reimpresión, 1999 Traducción. José Luis Etcheverry

Winnicott. D "Calsificación: ¿Existe una aportación psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica? En El proceso de maduración en el niño. (Cap. 3) Laia

Winnicott. D Realidad y Juego

Nemirovsky C. Winnicott y Kohut. 2 Ed Grama ediciones 2009

Painceira A "La teoría de la depresión" en Clínica Psicoanalítica a partir de la obra de D Winnicott Cap XVI Ed Lumen Bs As 1997

PSIENCIA. REVISTA LATINOAMERICANA DE CIENCIA PSICOLÓGICA 4(2) 66-75
2012 ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL SOBRE
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Pilar Regalado ·
Pablo Gagliesi <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=333127382002>

ANEXO 1

1) En que país ejerce?

- a) Argentina
- b) Mexico
- c) Colombia
- d) Chile
- e) Uruguay
- f) Paraguay
- g) Venezuela

2)Cuál es su rango etario?

- a) Entre 25 y 35 años
- b) Entre 36 y 42 años
- c) Entre 43 y 50 años
- d) Entre 51 y 60 años
- e) Más de 61 años

3) Usted se Psicoanaliza o se há Psicoanalizado?

- a) Si me psicoanalizo actualmente
- b) No me he psicoanalizado nunca
- c) Me he psicoanalizado durante mi formación
- d) Me he psicoanalizado en el pasado entre 2 y 5 años
- e) Me he psicoanalizado en el pasado durante más de 5 años
- f) Solo eventualmente, cuando requiero

4)Cuál es su profesión?

- a) Médico Psiquiatra
- b) Medico Psicoterapeuta
- c) Médico Psicoanalista
- d) Psicólogo

5) En relación al diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) o borderline, qué criterio diagnóstico utiliza?

- a) DSM (IV o V)
- b) CIE 10
- c) Psicodinámico / Psicoanalítico
- d) Ambos (psicodinámico más DSM o CIE 10)

6) En relación al tratamiento psicoterapéutico que usted imparte o indica al paciente con TLP, cuál es el abordaje preponderante?

- a) Cognitivo
- b) Conductual
- c) Sistémico
- d) Psicoanalítico
- e) Interpersonal
- f) Gestáltico

7)Cuál es la modalidad elegida preponderante?

- a) Psicoterapia individual
- b) Tratamiento farmacológico
- c) Psicoterapia Familiar
- d) Terapia de grupo
- e) Psicoeducación
- f) Grupos de autoayuda

8) En relación a sus sentimientos frente a pacientes con TLP, usted cree que los sentimientos negativos se presentan con mayor intensidad y frecuencia cuando trata a estos pacientes que en otros trastornos?

- a) Si
- b) No

9) En general, cuáles de los siguientes sentimientos / emociones son más representativos o característicos de sentir frente a pacientes con TLP en términos de intensidad y frecuencia?

Poco- Nada Leve- Moderada Alta

- a) Ganas de ayudar
- b) Desafío
- c) Preocupación
- d) Comprensión
- e) Cansancio
- f) Frustración
- g) Esperanza
- h) Confusión
- i) Confianza
- j) Sentirse manipulado
- k) Paralizado
- l) Bronca
- m) Lástima