

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Vínculo terapéutico con consultantes con Trastorno Límite de Personalidad desde la perspectiva de
terapeutas psicoanalíticos

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO
DE BACHILLERA EN PSICOLOGÍA**

AUTORA

Silvana María Rizo Patrón De Bernardis

ASESORA

Mg. Doris Julia Argumedo Bustinza

2020

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo comprender el vínculo terapéutico con consultantes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad (TLP), desde la perspectiva del psicoterapeuta psicoanalítico. Para ello, se realizó un estudio cualitativo de casos múltiples, en el cual participaron dos psicoterapeutas psicoanalíticas. En un primer encuentro se recogió información sociodemográfica y se realizó una entrevista semiestructurada, y en un segundo encuentro se aplicó el *Relationship Anecdotes Paradigm* (RAP; Luborsky, 1998). A través de un análisis temático deductivo, se identificó que ambas participantes coinciden en sus representaciones del Otro. Así, ambas perciben a estos consultantes como demandantes, necesitados de atención y afecto, vulnerables, impulsivos y con cierta tendencia a ponerse en riesgo a sí mismos. Finalmente, los consideran portadores de un alto nivel de agresividad, la cual expresan hacia otros y hacia sí mismos. Frente a ello, se encontraron reacciones contra transferenciales distintas en ambas terapeutas. Una presenta sentimientos de angustia y culpabilidad, así como una tendencia a auto reprocharse al no cumplir las demandas del consultante. La otra participante experimenta miedo y desconcierto frente a las reacciones del Otro, así como rechazo de su parte, y puede llegar a distanciarse. Como respuesta común, ambas presentan actitudes empáticas y comprensivas frente a estos consultantes. Los hallazgos sugieren que la subjetividad y el bagaje técnico de las participantes juegan un rol en su trabajo terapéutico.

Palabras clave: trastorno límite de personalidad, terapia psicoanalítica, vínculo terapéutico

Abstract

The purpose of this study is to understand the therapeutic relationship between patients with borderline personality disorder (BPD) and psychoanalytic psychotherapists, from the psychotherapists' perspective. A qualitative multiple case study was carried out, and the participants were two psychoanalytic psychotherapists. In the first session, socio-demographic information was collected, and a semi-structured interview was conducted. In the second session, the Relationship Anecdotes Paradigm interview (RAP; Luborsky, 1998) was applied. The data was analyzed under a deductive thematic analysis approach. The results reflect that both participants have similar perceptions about patients with BPD. They describe them as being emotionally demanding, attention-seeking, and in constant need of affection. Also, they perceive them as vulnerable, impulsive, risk taking, and with high levels of aggressiveness, that is expressed towards others and themselves. In response, both participants showed different countertransference reactions. One of them presents feelings of anguish and guilt, as well as a tendency to self-reproach when not being able to fulfill the patients' demands. The other participant experiences fear and bewilderment at the patients' reactions, and may emotionally distance herself from them. As a common reaction, they are both empathetic and understanding towards them. These findings suggest that the therapists' subjectivity and technical background play a role in their therapeutic work.

Key words: borderline personality disorder, psychoanalytic therapy, therapeutic relationship

Tabla de Contenidos

Introducción	5
Método.....	17
Participantes	17
Instrumentos.....	18
Procedimiento	18
Procesamiento de la Información.....	19
Resultados y Discusión.....	21
Antonia: Caracterización	21
Antonia: Configuraciones Relacionales Particulares	24
Susan: Caracterización.....	31
Susan: Configuraciones Relacionales Particulares	34
Configuraciones Relacionales Transversales.....	42
Conclusiones y Limitaciones	45
Referencias.....	47
Apéndice A. Consentimiento Informado para Participantes	54
Apéndice B. Ficha Sociodemográfica.....	55
Apéndice C. Entrevista semiestructurada.....	56
Apéndice D. Paradigma de Anécdotas Relacionales (RAP)	57

Vínculo Terapéutico con Consultantes con Trastorno Límite de Personalidad desde la Perspectiva de Terapeutas Psicoanalíticos

El trastorno límite de personalidad (TLP) es un desorden crónico caracterizado principalmente por una disfunción significativa y aguda en el funcionamiento interpersonal (American Psychiatric Association [APA], 2013). Esta va de la mano con comportamientos desadaptativos, como conductas suicidas y autodestructivas, niveles significativos de desregulación emocional, conflictos interpersonales intensos y representaciones internas incoherentes acerca del sí mismo y los otros (Clarkin et al., 2015).

De acuerdo con la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (APA, 2013), la mediana de la prevalencia del TLP en la población estadounidense se estima en un 1.6%. En cuanto a su prevalencia en el Perú, no existen estadísticas a nivel nacional al respecto (Piazza y Fiestas, 2005). Sin embargo, se cuenta con la información de dos de los principales centros especializados en salud mental del Ministerio de Salud (MINSA). En primer lugar, según las estadísticas del MINSA (2017), en el Hospital Víctor Larco Herrera, el número de atendidos en consulta externa entre el 2013 y el 2017 por Trastornos Específicos de la Personalidad, entre los cuales se encuentra el TLP, fue alrededor de 2,600, los cuales representan aproximadamente el 8% de atenciones totales del período. En segundo lugar, el compendio estadístico del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2017) incluye un total de 1,406 atenciones por trastornos específicos de la personalidad durante el año 2017, los cuales representan el 3.16% del total del período.

Con respecto a la comprensión psicoanalítica del TLP, este parece ser el trastorno más difícil de definir en la literatura. Adolf Stern (1938) fue el primero en acuñar el término limítrofe (originalmente *borderline*, en inglés), para referirse a los pacientes que parecían neuróticos durante

su evaluación, pero que presentaban estados psicóticos durante el tratamiento (Clarkin et al., 2015). Así, en términos generales, el psicoanálisis inicialmente lo ubicó en el límite entre la neurosis y la psicosis (Geha dos Santos y Ramos, 2018). Esto fue discutido y cuestionado posteriormente, a partir de la propuesta de autores como Kernberg (1967), quien planteó la posibilidad de considerar a este desorden como una estructura específica, en oposición a un fenómeno mixto, o “límitrofe” (Geha dos Santos y Ramos, 2018).

Considerando entonces al TLP como un trastorno con una organización propia a la base (Kernberg, 1967), diversos autores de la literatura psicoanalítica han resaltado algunas de sus características centrales. Entre estas figuran, en primer lugar, una intensa agresividad, dirigida tanto hacia los demás, como hacia sí mismos (Kernberg, 1967; Zepf, 2012), y en relación con ello, un nivel elevado de intolerancia a la frustración, así como dificultades para contener la ira (Brox, 2014). En segundo lugar, una identidad difusa, que es expresada como una carencia de organización y continuidad en los propios sentimientos y deseos (Mitchell, 1988; Rosenfeld, 1978), así como un *self* desorganizado y con deficiente funcionamiento yoico (Brox, 2014). En tercer lugar, una marcada inestabilidad del humor, acompañada por una falta de regulación emocional, así como por comportamientos impulsivos e impredecibles (Fonagy y Bateman, 2006; Mitchell, 1988). Entre estos últimos figuran conductas desadaptativas, como autolesiones, abuso de sustancias y comportamientos sexuales inadecuados (Corradi, 2015)

Por otro lado, en el psicoanálisis, el TLP se ha abordado y caracterizado también a partir de la teoría del apego, elaborada por Bowlby (1973). Este constructo se define como el vínculo que los infantes desarrollan con sus cuidadores principales durante sus primeros años de vida, a partir del cual se genera un patrón de relacionamiento que se manifiesta luego, en sus relaciones adultas (Bowlby, 1973). En base a ello, diversos estudios han encontrado que la mayoría de

personas diagnosticadas con TLP presenta un estilo de apego inseguro (Sánchez-Quintero y De la Vega, 2013). Ello está aparentemente vinculado con dificultades en los cuidadores principales para responder adecuadamente a las necesidades del infante, lo cual trae como consecuencia que carezca de una base sólida para explorar el entorno (Gunderson y Lyons-Ruth, 2008; Fonagy et al., 2000).

En el marco de la teoría del apego, algunos autores psicoanalíticos contemporáneos, como Bateman y Fonagy (2010), enfatizan la importancia de la mentalización para el entendimiento y tratamiento del TLP. Esta se entiende como la capacidad de percibir y comprender, tanto a los demás como a uno mismo, en términos de estados subjetivos y procesos mentales. Así, es una facultad social, que requiere de un contexto de apego seguro en etapas tempranas para poder desarrollarse (Sánchez-Quintero y De la Vega, 2013). En ese sentido, Bateman y Fonagy (2010) postulan que una de las características nucleares de las personas con TLP es una capacidad frágil de mentalización, la cual les dificulta la comprensión de sus afectos y pensamientos, así como los de otras personas, en especial, en situaciones de emocionalidad intensa (Bateman y Fonagy, 2010). Al respecto, diversos estudios empíricos respaldan la presencia de fallas en la mentalización en individuos con TLP (Fonagy et al., 1996; Ha et al., 2013).

En cuanto a la etiología del trastorno desde una perspectiva psicoanalítica, Geha dos Santos y Ramos (2018) han identificado distintos factores de riesgo, los cuales, si bien no son mutuamente excluyentes, no han sido integrados teóricamente. De acuerdo a dichos autores, los más frecuentemente mencionados en la literatura psicoanalítica son tres: el primero se relaciona con la presencia de experiencias traumáticas, el segundo con el vínculo con los padres, y el tercero con la existencia de un alto nivel de agresividad en el individuo.

Respecto a los traumas, se ha encontrado que muchas personas con este diagnóstico han experimentado experiencias tempranas como maltrato físico, psicológico y sexual (Brox, 2014). Asimismo, Greenacre menciona su ocurrencia en etapas de cuidado pre o postnatal, dejando huellas en la persona, que posteriormente se convierten en una fuente de angustia (2010, como se citó en en Geha dos Santos y Ramos, 2018). Por su parte, Stern (1945) plantea que el individuo con TLP vive en un ambiente traumático, con constantes eventos que causan que experimente conflictos como si fueran traumas.

En lo que concierne a la relación con los padres como factor etiológico, por un lado, Deutsch (1942/2007, como se citó en Geha dos Santos y Ramos, 2018) habla de debilidades en la identificación por parte de la madre, y Bion (2013) menciona que la madre no le permite al bebé utilizar el mecanismo de identificación proyectiva, lo cual quiebra el vínculo entre ellos, e imposibilita su comunicación. Además, Adler (1988), plantea fallas parentales en el entendimiento de las necesidades del niño, lo cual deviene en inseguridades internas.

Finalmente, en cuanto a la agresividad del individuo, de acuerdo con Bion (2013), existe una predisposición innata en las personas con TLP hacia la destructividad, el odio y la envidia excesiva. Igualmente, Zepf (2012) afirma que el entorno es agresivo con la persona, la cual reacciona expresando su propia agresividad.

Del conjunto de particularidades del TLP descritas previamente se desprende un estilo relacional complejo, el cual se encuentra a la base del trastorno. Este se caracteriza por una fluctuación constante entre la dependencia y el miedo a la misma (Bourke y Grenyer, 2010). En ese sentido, estos individuos, por un lado, manifiestan grandes necesidades de afecto, y por otro lado, una intensa hostilidad hacia las personas que responden a ello (Gunderson, 2007; Brox, 2014). Así, muestran una falta de autonomía e independencia, así como intolerancia a la separación

(Zetzel, 1971, como se citó en Geha dos Santos y Ramos, 2018). Estos individuos típicamente le temen a la soledad, y la perciben como un estado peligroso, pues puede confrontarlos con un sentimiento de vacío subyacente, así como con la inestabilidad de su sentido de sí mismo (Corradi, 2015). De igual manera, suelen tener un sentimiento de inferioridad frente a los demás, así como dificultades para confiar en otras personas (Stern, 1938; Corradi, 2015).

Dadas las complejidades de su estilo relacional, este grupo de consultantes representa un gran reto para los profesionales de la salud, debido a las elevadas demandas emocionales que implica el trabajo con ellos (Aviram et al., 2006), ya que son altamente dependientes, emocionalmente intensos, y su progreso suele ser lento e interrumpido (Aviram et al., 2006; Conklin y Western, 2005). Esto es especialmente desafiante para aquellas intervenciones en las cuales el vínculo es el principal motor del cambio, como es el caso de las terapias psicoanalíticas, particularmente, las relacionales (Ávila, 2005).

En línea con lo anterior, estos consultantes son particularmente difíciles para los terapeutas psicoanalíticos, dados los desafíos que implican para la relación terapéutica (Bourke y Grenyer, 2010). En el psicoanálisis clásico, esta relación se componía de la transferencia y contratransferencia, elementos de vital importancia para la transformación en estos procesos (Gallop y Wynn, 1987, como se citó en Aviram et al., 2006). De acuerdo con Freud (1912), desde una mirada clásica, la transferencia se entendía como la re edición de vínculos de la infancia temprana, los cuales distorsionan las percepciones del presente. En contraste, en el psicoanálisis contemporáneo, esta ya no es considerada una resignificación del pasado, sino una experiencia de relación nueva, en la cual la realidad psíquica continúa su desarrollo por medio de su reformulación en base a objetos actuales. En ese sentido, no solo concierne al pasado, sino también al presente,

y ocurre en una relación interpersonal entre terapeuta y paciente, incluyendo tanto la realidad como la fantasía (Hinojosa, 2005).

Por su parte, la contratransferencia, en la visión clásica freudiana, se concibe como la reacción del terapeuta a la transferencia del paciente, la cual es distorsionada de manera inconsciente y desplazada hacia este último (Hayes et al., 2011). En contraste, la visión contemporánea la entiende como las reacciones internas y externas del terapeuta, las cuales son moldeadas por sus conflictos emocionales y vulnerabilidades, tanto pasados como presentes (Gelso y Hayes, 2007).

En línea con lo descrito anteriormente, las teorías psicoanalíticas contemporáneas parten de un paradigma intersubjetivo, según el cual, el vínculo terapéutico es un fenómeno relacional, en el que tanto el consultante como el terapeuta tienen la misma responsabilidad y capacidad creadora de significados (Atwood y Stolorow, 1984; Mitchell, 1997). Así, la transferencia y contratransferencia son experiencias, creencias y asuntos no resueltos que tanto el paciente como el terapeuta traen al vínculo, las cuales, de manera consciente e inconsciente, influyen al otro (McHenry, 1994). En consecuencia, la participación y subjetividad del terapeuta son piezas fundamentales (Mitchell, 1997; Botella y Corbella, 2003), y en el material clínico se deben incorporar tanto el afecto del paciente, como el del analista (Teicholz, 2018).

En base a esta comprensión contemporánea de la relación terapéutica, se ha estudiado que distintos tipos de consultantes generan reacciones contratransferenciales diversas, y estas diferencias usualmente provienen de rasgos de personalidad disfuncionales, estructuras de carácter o estilos interpersonales desadaptativos (McHenry, 1994). En la literatura clínica psicoanalítica, está documentado que los consultantes que más comúnmente evocan sentimientos negativos en los terapeutas son los depresivos y aquellos diagnosticados con TLP (McWilliams, 1994, como se

citó en Bourke y Grenyer, 2010). Esto responde principalmente a que los patrones relacionales maladaptativos de estas personas salen a la luz en la relación terapéutica, y ocasionan una serie de dificultades (Aviram et al., 2006).

Consecuentemente, estos individuos pueden dificultar el establecimiento de un vínculo adecuado y estable, el cual es la base de cualquier trabajo psicoterapéutico (Aviram et al., 2006; Conklin y Western, 2005). Esto se relacionaría con su incapacidad para confiar, su fluctuación entre la dependencia y el rechazo, así como con una tendencia a ampliar los límites de la relación clínica (Piero et al., 2012). De igual manera, el encuadre psicoanalítico puede detonar en ellos angustias persecutorias y confusiones, lo cual muchas veces conduce a bloqueos o a la interrupción del tratamiento (Brox, 2014). Incluso, en algunos casos, el terapeuta es visto como un agresor, y a la intervención terapéutica es percibida como una amenaza, por lo cual se muestran agresivos (Brox, 2014).

Las dificultades mencionadas han sido abordadas por diversos autores, los cuales discuten acerca de las limitaciones de la técnica psicoanalítica para tratar a este tipo de consultantes. Por ejemplo, Schimberg (1947/1986, como se citó en Geha dos Santos y Ramos, 2018), consideraba que el psicoanálisis clásico era imposible de utilizar con este tipo de pacientes. Stern (1945), por su parte, recomendaba una postura activa, evitando los silencios del analista, los cuales pueden ser malinterpretados. Asimismo, Luz (2009), enfatiza la necesidad de sentir el dolor del paciente, y no solamente entenderlo, para que este pueda tolerar las interpretaciones.

Dada la importancia del vínculo en los procesos psicoanalíticos, y las complejidades que trae para el mismo la forma de relacionamiento de los consultantes limítrofes, se considera importante estudiar esta problemática. Una forma de hacerlo, es por medio de la matriz relacional, un concepto propuesto por Mitchell (1988), según el cual los elementos y contenidos psíquicos

(impulsos, emociones y deseos) son comprendidos como experiencias interactivas, en las cuales los otros, sean internos o externos, tienen una participación fundamental.

Esta matriz, para Mitchell (1988), tiene tres dimensiones: el Self, el otro y el campo interactivo. El Self consiste en las representaciones que la persona tiene acerca de sí misma, mientras que el otro se entiende como las representaciones de ese Self acerca de sus otros significativos. Por último, el campo interactivo consiste en los patrones transaccionales que existen entre la persona y los otros. No existe un Self aislado, independiente de las relaciones con otros, ni tampoco existen los otros, sin un sentido del Self que se contraponga a ello. Y a su vez, ninguno de estos son conceptos significativos sin el espacio psíquico en el cual interactúan. Las tres dimensiones son igual de importantes, y están en permanente interrelación (Marín, 2014). De esa forma, la propuesta integra el espectro intrapsíquico y el intersubjetivo (Mitchell, 1988), atenuando así la dicotomía interior-exterior que por tanto tiempo había caracterizado al campo psicoanalítico (Villarán, 2017).

Según este modelo, el mundo psíquico individual se organiza en base a las relaciones con otros, y la experiencia humana es motivada fundamentalmente por una tendencia a buscar y preservar conexiones con el campo interactivo del individuo. En ese sentido, hay una necesidad por preservar un sentido del Self en relación con una matriz de otros individuos, en términos de transacciones actuales o presencias internas (Mitchell, 1988). De acuerdo con Mitchell (1988), este campo relacional es constitutivo de la experiencia individual, y la mente individual es a su vez un producto y un participante de esta interacción. Así, la mente tiene un origen social, en el cual los otros juegan un papel protagónico en la recreación del mundo subjetivo (Mitchell, 1988).

Asimismo, el psicoanálisis relacional plantea que el sujeto se constituye de manera intersubjetiva, y en ese sentido, el vínculo terapéutico cobra una importancia particular, dado que

el analista participa del continuo de interacciones interpersonales del consultante, encajando de alguna manera en el mundo representacional del mismo, sea asimilado en un patrón relacional ya existente, o en alguno nuevo (Petcu, 2018). De esta forma, el vínculo terapéutico es una expresión de la matriz relacional de la persona. Al respecto, existen algunos estudios empíricos que ya han explorado la naturaleza del vínculo terapéutico con este tipo de consultantes.

Por un lado, tanto McIntyre y Schwartz (1998) como Bourke y Grenyer (2010) compararon las reacciones contra transferenciales de psicoterapeutas hacia consultantes diagnosticados con depresión mayor (DM) y con TLP. En ambos casos, los resultados indicaron que las respuestas de los terapeutas hacia consultantes limítrofes tuvieron una valencia negativa mayor a aquellos con depresión. Específicamente, los consultantes con TLP fueron percibidos como más hostiles y dominantes, y los terapeutas reportaron que suelen experimentar sensaciones de retraimiento frente a ellos. Otro estudio similar fue realizado por Putrino et al. (2019), quienes exploraron las reacciones emocionales de psicoterapeutas argentinos de distintas orientaciones, al trabajar con estos dos mismos grupos de consultantes. Los hallazgos reflejaron que los participantes percibían un nivel similar de emociones negativas al tratar con consultantes con TLP (68%) y con DM (72%). Específicamente, en el trabajo con consultantes con TLP, algunas de las emociones reportadas por los psicoterapeutas fueron el sentirse abrumados, rechazados, ineficaces, irritados e intolerantes (Putrino et al., 2019).

Por otro lado, Brody y Farber (1996) estudiaron las diferencias de las reacciones contra transferenciales de 336 terapeutas al trabajar con consultantes con diagnósticos de depresión, esquizofrenia y personalidad limítrofe, encontrando mayores niveles de irritabilidad e ira hacia los últimos. Bajo esa misma línea, Servais y Saunders (2007) realizaron encuestas a 306 psicólogos clínicos en Estados Unidos, para conocer sus reacciones ante consultantes con depresión,

esquizofrenia y con rasgos de TLP. Los participantes reportaron percibir a estos últimos como peligrosos, y casi la mitad los consideró como “no deseables” para el trabajo clínico (Servais y Saunders, 2007). Además, una investigación realizada en Alemania con 174 psicoterapeutas reflejó que estos muchas veces experimentan ansiedad al trabajar con consultantes con TLP (Jobst et al., 2010, como se citó en Sansone y Sansone, 2013).

Adicionalmente, se han realizado estudios que han explorado otro tipo de constructos en relación con el vínculo terapéutico en procesos psicoanalíticos con consultantes limítrofes. Uno de ellos se realizó en torno al concepto de alianza terapéutica, el cual tiene sus raíces tanto en el enfoque psicodinámico como en el de la terapia centrada en el cliente (Horvath y Luborsky, 1993).

En base a dicho constructo, que se define como un acuerdo entre el terapeuta y el paciente, en cuanto a los objetivos terapéuticos y la forma de alcanzarlos (Bordin, 1979), Piero et al. (2012) realizaron un estudio en Italia, con el objetivo de identificar los factores del temperamento y el carácter capaces de predecir la alianza terapéutica en personas con TLP. Participaron 49 individuos diagnosticados, que estuvieran recibiendo terapia psicodinámica de duración limitada (Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy [SB-APP]), por aproximadamente un año. Los resultados identificaron 3 variables como factores predictivos independientes del nivel de alianza terapéutica en la muestra: los sujetos con un menor nivel de evitación del daño, aquellos con mayor edad, y quienes presentan un mayor nivel de psicopatología, presentaron una mayor puntuación de la alianza terapéutica.

Por su parte, Goodman et al. (2014), estudiaron los patrones de interacción que ocurren entre paciente y terapeuta en Estados Unidos, con cinco consultantes con TLP, en crisis, recibiendo terapia psicodinámica. Los resultados reflejaron cuatro patrones de interacción que se repetían en los cinco pacientes y sus respectivos terapeutas. Primero, una alianza terapéutica de soporte.

Segundo, un terapeuta involucrado afectivamente, incondicional y empático. Tercero, una relación terapéutica erotizada, en la cual el paciente intenta intimar emocionalmente con el terapeuta. Finalmente, un terapeuta directivo que brinda una asistencia activa y no neutral, frente a un paciente idealizador y sumiso. Una de las conclusiones más importantes de este estudio fue que cada díada paciente-terapeuta es única, ya que, si bien se encontraron estos 4 patrones de interacción, estos se manifestaron en cada una en distinta magnitud, produciendo así una experiencia terapéutica única en cada caso (Goodman et al., 2014).

Finalmente, Bittencourt et al. (2019) realizaron un estudio de caso en Brasil, con el objetivo de incrementar el conocimiento acerca de las manifestaciones, dinámicas y repercusiones de una crisis en el proceso psicoterapéutico psicodinámico. Para ello, se estudiaron 44 sesiones de una paciente diagnosticada con TLP, que atravesó por un período de hospitalización. Si bien estos resultados no son generalizables, permitieron conocer ciertas actitudes y comportamientos que pueden ayudar a restaurar el proceso psicodinámico luego de una hospitalización, de manera que esta no dañe el vínculo terapéutico. Entre ellos, figuran la habilidad del terapeuta de tolerar la agresión, de explorar y contener ideaciones suicidas, así como de adaptar su metodología a las necesidades del paciente.

A partir de todo lo mencionado, se puede considerar al TLP como una problemática de salud mental que es relevante investigar, no solo por su prevalencia en la población, sino también por el desafío que implica para trabajo psicoterapéutico con estos individuos. Como se ha señalado, el estilo particular que constituye el núcleo del trastorno impacta directamente en el vínculo terapéutico, el cual es la herramienta fundamental de intervención clínica psicoanalítica. En línea con esto, la presente investigación tiene como objetivo general comprender la relación terapéutica

con consultantes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad, desde la perspectiva del terapeuta psicoanalítico.

Para ello, se emplea una metodología cualitativa con diseño fenomenológico interpretativo, la cual permite explorar la experiencia de los participantes sobre la base de su subjetividad, e intentar comprender sus experiencias subjetivas transferenciales en el trabajo con estos consultantes (Creswell, 2014).



Método

Participantes

Los participantes de esta investigación fueron dos terapeutas psicoanalíticos, de sexo femenino, de 45 y 31 años de edad, con 21 y 6 años de experiencia como psicoterapeutas, respectivamente. El número de participantes fue establecido originalmente según lo planteado por Creswell (2014), quien afirma que para el diseño fenomenológico interpretativo son suficientes de tres a cuatro personas. No obstante, por limitaciones de tiempo solamente se pudo incorporar a dos participantes en el estudio.

En referencia a los criterios de inclusión, se consideró que los terapeutas hubieran realizado una formación en psicoterapia psicoanalítica en alguna institución formal, para garantizar que este sea el enfoque empleado en su práctica clínica. Adicionalmente, fue necesario que tengan un mínimo de 5 años de experiencia en clínica psicoterapéutica, considerando la duración promedio de los programas de formación. También se procuró que hubieran atendido por lo menos a un consultante diagnosticado con Trastorno Límite de Personalidad, por un período mínimo de 6 meses, en base a lo señalado por algunos psicoanalistas, para establecer un nivel mínimo de profundidad en el vínculo que permita el trabajo analítico (Leuzinger-Bohleber et al., 2019).

En lo que concierne a los cuidados éticos, estos fueron prioritarios a lo largo de todo el proceso de investigación. En concordancia con ello, se les comunicó a los participantes los objetivos y la naturaleza del estudio con transparencia y claridad. Además su participación fue voluntaria, y se les indicó que podían retirarse de la investigación en cualquier momento si así lo deseaban. Igualmente, se preservó su anonimato, para lo cual se realizaron las entrevistas en un lugar privado, y estas fueron grabadas, con la previa autorización de cada uno. Asimismo, se mantuvo su confidencialidad a lo largo de todo el proceso investigativo, cambiando información

sensible que pudiera hacerlos identificables. Además, se les entregó un consentimiento informado (Apéndice A) con información sobre el objetivo de la investigación y los aspectos éticos mencionados. Finalmente, al culminar el estudio, se realizó una devolución a los participantes, con los principales hallazgos y conclusiones.

Instrumentos

Para el recojo de información, se utilizó, en una primera sesión de entrevista, una ficha sociodemográfica (Apéndice B), con el propósito de caracterizar a los participantes, en términos de edad, centro de formación, años de experiencia y número de pacientes. En segundo lugar, se realizó una entrevista semiestructurada (Apéndice C), con la finalidad de conocer las percepciones generales de los terapeutas acerca de su experiencia clínica y su entendimiento del TLP.

Finalmente, en una segunda sesión, se empleó el *Relationship Anecdotes Paradigm* (RAP), un método de entrevista semiestructurada y presencial desarrollado por Luborsky (1998), a través del cual, el participante narra en detalle eventos relacionales consigo mismo y otras personas. En este caso, se les preguntó explícitamente por interacciones con consultantes diagnosticados con TLP (Apéndice D). Esta herramienta facilitó la exploración de las características del vínculo de los terapeutas con estos individuos.

Procedimiento

El contacto inicial con los terapeutas fue establecido por medio del grupo de investigación en Psicoanálisis de la Pontificia Universidad Católica del Perú. A través de sus miembros, se les invitó a participar verbalmente de la investigación, y se le solicitó a los interesados que hicieran llegar sus datos de contacto a la investigadora por la misma vía.

Una vez recibida esta información, la investigadora contactó a los terapeutas interesados de manera individual, y les explicó en detalle los objetivos del estudio, así como la naturaleza e

implicancias de su participación. Además, les realizó una breve entrevista informal, para corroborar que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio, y de ser el caso, confirmar su participación. Acto seguido, se procedió a pactar la fecha, hora y lugar de las entrevistas.

Las entrevistas individuales fueron realizadas en un lugar privado y silencioso. Durante el primer encuentro, se revisó el consentimiento informado, y una vez firmado por el participante, se procedió a recoger sus datos sociodemográficos. Seguidamente, se realizó la entrevista semiestructurada y se culminó con un espacio para comentarios adicionales.

En un segundo encuentro, se realizó la entrevista RAP, señalando primero la consigna y absolviendo dudas. Para un adecuado registro de la información obtenida, todas las sesiones fueron grabadas, con el previo consentimiento de los participantes.

Antes de finalizar, la investigadora brindó un espacio de agradecimiento y cierre, y ofreció a las participantes la posibilidad de recibir una devolución luego del procesamiento y análisis de la información, acordando contactarlas para ello. La investigadora intentó en todo momento establecer un clima de confianza con las participantes, así como una actitud de escucha y apertura con las mismas.

Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de la información recolectada, se trabajó cada caso de manera individual, con el fin de comprender su particularidad de manera contextualizada, antes de relacionarlo con los otros y realizar comparaciones (Stake, 2006). Para ello, primero se realizó una transcripción literal de las grabaciones de las entrevistas, preservando la confidencialidad de las participantes, cambiando su nombre y otros datos que pudieran hacerlas identificables.

Una vez transcrito el material, se leyó minuciosamente cada caso, para encontrar los contenidos más relevantes según el objetivo de la investigación (Braun y Clarke, 2006). Primero

se identificaron los Episodios Relacionales (ER) en las transcripciones, tanto en las dos partes de la entrevista semiestructurada, como en la entrevista RAP. Los ER son fragmentos de la narrativa que describen explícitamente interacciones del participante con otras personas o consigo mismo. Estos se componen de tres elementos principales: las representaciones del Self, las representaciones de los Otros, y la interacción entre ambas. Esta interacción, a su vez, está conformada por tres componentes fundamentales: los Deseos, que son necesidades o intenciones del sujeto, las Respuestas del Objeto (RO), y las Respuestas del Sujeto (RS), las cuales hacen referencia a las acciones efectuadas por el objeto y por el sujeto, respectivamente (Espinosa y Valdés, 2012).

Los ER fueron analizados en torno a los cinco componentes antes mencionados. Esto se realizó empleando el análisis temático, el cual facilita la identificación, procesamiento y registro de temas que se repiten en la data (Braun y Clarke, 2006). Específicamente, se utilizó un enfoque deductivo, para facilitar la construcción de significados a partir de la información recogida, encontrando patrones temáticos, y generando a partir de ellos categorías más amplias y abstractas (Creswell, 2014). De esta forma, se buscó identificar, desde de los componentes de los ER, las tramas relacionales más repetitivas, cada una de las cuales conformó un eje, es decir, una configuración relacional (CR), y se identificaron así, las CR más resaltantes de los terapeutas en torno a sus consultantes diagnosticados con TLP.

Resultados y Discusión

A continuación se presentan los principales hallazgos de la investigación, y la discusión de los mismos. A partir del análisis realizado, y en relación al vínculo terapéutico con consultantes con TLP, se han identificado siete CRs particulares a cada una de las participantes (*Tablas 1 y 2*), y una CR transversal a ambas (*Tabla 3*). Las CR serán descritas a partir de los elementos que las conforman, que son las representaciones del Self, las representaciones del Otro, y la interacción entre ambos, acorde con lo planteado por Mitchell (1988). La interacción entre el Self y el Otro, a su vez, se compone de los Deseos del Self (D), Respuestas del Self (RS) y Respuestas del Otro (RO), en base a la metodología CCRT (Luborsky, 1998). En la presente investigación, el Self corresponde al terapeuta psicoanalítico, y el Otro al consultante con TLP.

En primer lugar, se presenta la caracterización de cada participante, para contextualizar los resultados obtenidos (Stake, 2006), seguida de las CR particulares de cada una de ellas, y su discusión. Finalmente, se describe y discute la CR transversal a ambas participantes.

Antonia: Caracterización

Antonia es una mujer de 31 años, psicóloga de profesión, con una especialización en Psicoterapia Psicoanalítica, y 6 años de experiencia como psicoterapeuta. Tiene un promedio de veinticuatro consultantes, y atiende entre siete y ocho sesiones por día durante la semana.

Al preguntarle acerca de su autodefinición como terapeuta, expresa que, en su perspectiva, el psicoanálisis “es una forma de ver la vida”. Para ella es muy importante el respeto al consultante en todo momento, así como el pensar de una forma psicoanalítica. Esto implica, en parte, ciertos elementos teóricos y técnicos, como hacer interpretaciones, tener un encuadre, supervisar y hacer análisis personal, pero para ella lo principal es “el estar con esa persona y pensar después de la

sesión de una manera psicoanalítica para poder entender cómo funciona la mente... de mi paciente, y poder ayudarlo, no? Pero [...] para mí es el encuentro”.

En cuanto a los aspectos más difíciles de su trabajo, estos giran en torno a las resistencias de los consultantes para respetar elementos del encuadre, específicamente, en relación a los honorarios. Al respecto, comenta que es un aspecto de utilidad para el proceso terapéutico, y que se le hace menos difícil conforme adquiere más experiencia. Asimismo, en el caso de menores de edad, puede ser complejo el trabajo en conjunto con los padres, quienes tienen sus propias demandas y resistencias.

Acercas de lo más fácil de su labor, expresa que esta le encanta, y lo que más disfruta es trabajar con adolescentes, al poder acompañarlos en un momento tan complejo de la vida. Asimismo, comenta que un aspecto muy valioso para ella es: “el encuentro, no? Porque cada sesión en verdad es imposible que uno sepa qué va a pasar. [...] es como... el encuentro a lo inesperado. Eso me parece lindo”.

Al explorar su entendimiento del TLP, menciona que este “puede ser un trastorno muy duro”, que tiene diversos niveles. Así, muchas personas pueden tener lados o rasgos limítrofes, sin llegar a ser diagnosticadas, ya que, según su perspectiva, “todos tenemos un poco de todas las patologías”. Para ella, en la persona con TLP “lo principal es que tiene un problema con la separación, que no tolera la separación, eh, que pueden haber cambios de humor, muy drásticos, tiene problemas para vincularse”. También los percibe como personas muy inteligentes, que tienen lados neuróticos más funcionales con los cuales es posible trabajar. Asimismo, comenta que son demandantes e inestables, lo cual puede llegar a generar angustia. Así también, considera que tienen cambios de ánimo repentinos y comportamientos impulsivos.

Con respecto a los retos del trabajo con este grupo de personas, una de las mayores dificultades para ella tiene que ver con las demandas del consultante y su necesidad de que ella esté disponible constantemente. Concretamente, al respecto de una consultante actual, que describe como muy actuadora, menciona que “ella me puede llamar un día ‘Antonia estoy con ataque de pánico, por favor dame una sesión’ [...] ella necesitaría creer que yo estoy [...] disponible 24 horas, pero no es real, entonces es cómo transmitirle que yo estoy, pero que a veces no, y eso no significa que me he olvidado de ella”. Así, su mayor desafío es poder encontrar el equilibrio en el cual está disponible para ella, pero con límites.

Otro aspecto complejo en el trabajo con estos individuos es que tienden a querer acercarse mucho al terapeuta: “necesitan pegarse mucho al... analista, o sea, que necesitan una fusión eh, que es casi irreal”. Así, menciona: “a nivel contratransferencial es como si yo la sintiera que está pegadita a mí”. Además, según comenta, cuando el terapeuta falla, el consultante puede actuar de una forma desadaptativa, o destructiva.

Al preguntarle sobre lo más fácil del trabajo con estas personas, considera necesario hablar de casos particulares: “No creo [...] que haya algo que se pueda generalizar [...] tengo que pensar en cada paciente”. Asimismo, para ella “este trabajo es muy artesanal, y muy particular con cada uno”, y menciona aspectos de dos de sus consultantes actuales. Una de ellas “tiene un lado que es como muy carenciado, muy necesitado, como muy de niña”, el cual muestra por momentos, y le genera mucha ternura. Este rasgo ha sido para Antonia muy importante en la construcción del vínculo terapéutico: “ella abría la puertita y era como ‘ya, mira’, y después era como ‘ya, te dejo entrar un ratito a mi jardín, puedes ver la sala, pero ya sal’ entonces, ir recorriendo poquito a poquito su casa, ha permitido que tengamos una relación en donde podamos chambear, y ella confía”.

En el caso de la otra consultante, un elemento que considera que ha facilitado el proceso con ella es que “tiene un sentido del humor, privilegiado”, el cual les permite hablar sobre temas dolorosos, de una forma menos dura. Para Antonia, este rasgo es “una vitalidad” que le permite acercarse de una manera distinta.

Antonia: Configuraciones Relacionales Particulares

La primera CR particular a Antonia (*CR-A1: Otro autodestructivo – Self que abandona*) se caracteriza por un Otro que es vulnerable, y autodestructivo, el cual emplea la violencia hacia sí mismo como un medio para tramitar sus emociones, y también para pedir ayuda. En respuesta a ello, el Self siente angustia y se preocupa por el bienestar del Otro, pues su deseo es ayudarlo y cuidarlo. No obstante, su rol como terapeuta conlleva ciertas restricciones que le impiden atender totalmente las necesidades del consultante, ante lo cual, por un lado, se siente culpable y se auto reprocha, y por otro, se reconforta a sí mismo recordando los límites de su labor. Al mismo tiempo, el Self es empático hacia el Otro, y teme que los límites que establece puedan implicar que lo abandone y lo dañe.

“...fue una situación un poco crítica, no? porque esta chica se cortaba desde hace mucho tiempo, había dejado de cortarse, y claro yo tenía en la cabeza que, había terminado con su pareja, que yo me estaba yendo de vacaciones [...] me acuerdo que, en ese momento, yo sentí mucha culpa, o sea dije... pucha, cómo has hecho es-, no? [...] me acuerdo que fue una cosa que yo regresé de vacaciones y dije, o sea, no? pensaba ‘cómo no he hecho esto, cómo no hice lo otro’ [...] Claramente cuando yo regresé dije ‘le he debido dar la sesión por Skype’, y de ahí venía mi analista a la cabeza ‘no, cuando tú estás de vacaciones estás de vacaciones’” (Antonia, ER1).

Tabla 1

Configuraciones relacionales en el vínculo terapéutico con consultantes con TLP: Antonia.

CR-A1: Otro autodestructivo - Self abandona					CR-A3: Otro demandante - Self exigido				
Self	Interacción			Otro	Self	Interacción			Otro
	D	RO	RS			D	RO	RS	
Empático, daña y abandona	Cuidar, ayudar	Pide ayuda agrediéndose a sí mismo	Se angustia, se culpa, se reprocha	Vulnerable, autodestructivo	Exigido, sostenedor	Que el Otro pueda comprenderse y expresarse	Demanda afecto, invade	Se molesta y se angustia, pero se distancia de ello, empatiza e invita a pensar	Demandante, inseguro
CR-A2: Otro evasivo - Self confronta					CR-A4: Otro desafiante - Self pone límites				
Self	Interacción			Otro	Self	Interacción			Otro
	D	RO	RS			D	RO	RS	
Cuidadoso, empático	Que el Otro integre sus emociones	Se desborda, evade	Acepta, confronta con cuidado	Vulnerable, temeroso	Empático, firme	Que el otro sea responsable, que pueda comprenderse	Agrede, provoca, incomoda	Desconcertada, molesta, pone límites y acompaña a reparar	Desafiante, inseguro

Este episodio refleja cómo la consultante demanda un alto nivel de disponibilidad de Antonia, y la angustia que ella experimenta en respuesta, así como su dificultad para establecer límites. Precisamente, estos aspectos fueron mencionados por la participante como algunos de los más difíciles en el trabajo con este grupo de personas. Otros investigadores han identificado también tendencias dependientes en los consultantes con TLP hacia sus terapeutas (Bourke y Grenyer, 2010), y estos últimos reportaron haberse sentido apenados por no haber podido satisfacer las necesidades de dichos consultantes. En línea con ello, de acuerdo con McHenry (1994), estos vínculos terapéuticos presentan límites difusos, los cuales se manifiestan en llamadas telefónicas al terapeuta en momentos de crisis y durante sus vacaciones.

Más aún, muchas veces ante el reclamo del consultante por no recibir la ayuda necesaria, el terapeuta puede auto criticarse y preocuparse por no estar dando lo suficiente, y luego tratar de hacer más (McHenry, 1994). En concordancia con esto, algunos terapeutas han reportado sentirse insatisfechos con su rol frente a estos individuos, a pesar de tener el deseo de ayudarlos (Bourke y Grenyer, 2010; Markham, 2003). Al respecto, Schoenwolf (1991, como se citó en McHenry, 1994), plantea que algunos terapeutas responden volcándose hacia sí mismos con odio y una sensación de insuficiencia y culpabilidad.

Esta CR da cuenta de la forma de relacionamiento compleja que caracteriza a estas personas, las cuales presentan dificultades para lidiar con la separación, y tienen limitaciones en su autonomía e independencia (Zetzel, 1971, como se citó en Geha dos Santos y Ramos, 2018). De modo semejante, la participante menciona que uno de los aspectos principales de este trastorno es una dificultad para tolerar la separación.

La segunda CR particular a esta participante, “*CR-A2: Otro evasivo - Self confronta*”, involucra a un Otro frágil y temeroso, que no es capaz de tolerar y procesar el dolor psíquico. En

consecuencia, cuando siente que este lo va a desbordar, evade los contenidos negativos utilizando su sentido del humor. Así, hace bromas durante la sesión y cambia de tema, para distraerse a sí misma y a la terapeuta. No obstante, fuera de ese espacio, su ánimo se ve afectado, y también su funcionalidad, pues deja de lado sus actividades y se siente deprimida. El Self, por momentos cae en las distracciones y se aleja también de los contenidos dolorosos del Otro.

“O sea, cómo el dolor es tan grande, tan grande, tan grande, que... (...) que ni siquiera puede hablar de eso, es como, lo habla pero empieza a reírse, y se burla (.) y cambia el tema (.) es como (.) no, no puede (.) no puede, es como algo más fuerte que ella, es como no tiene la capacidad de frustrarse, de tolerar el dolor” (Antonia, ER5).

En esta situación, el Otro teme que si se permite sentir y expresar el dolor, el Self la pueda desaprobar, y desconfía de su capacidad y disposición para contenerla y permanecer cerca. “...me dice, ‘qué pasa si tú te asustas, qué pasa si tú te vas, qué pasa si, ya no quieres trabajar conmigo-’ es como, un temor altísimo a que, a qué voy a pensar yo, a qué voy a hacer yo...” (Antonia, ER5). Si bien el Self cae por momentos en la distracción del Otro, luego intenta confrontarlo, y hacerle notar su evasión, pero de una forma cuidadosa y gradual, pues siente cariño y ternura hacia él, y desea que este pueda integrar sus emociones, sentirlas y expresarlas.

“Me hace reír y me distrae. Entonces yo le digo ‘oye, ya estás haciendo lo que siempre haces, no? ya, nos podemos reír y podemos hablar del pajarito que está en en, en la ventana, pero... esto se trata de ti’, y me decía ‘yo sé que hago eso pero ahorita no puedo, yo sé que hago eso pero ahorita no puedo’” (Antonia, ER16).

Este episodio plasma lo mencionado por Antonia, acerca de cómo el conectarse con los aspectos vulnerables y los lados carenciados de la consultante, la ayuda a fortalecer el vínculo y realizar mejor su función terapéutica. Así, ante la interpretación realizada por el Self, el Otro

reconoce su incapacidad para poder conectarse con las emociones dolorosas, y expresarlas. En línea con ello, a la luz de lo planteado por McHenry (1994), el consultante se presenta como frágil, necesitado, e incluso desesperado, y ante ello, la terapeuta interpreta su mensaje como “debes ayudarme, pero yo no puedo tolerar el dolor”. De acuerdo con dicho autor, estas personas suelen actuar en lugar de expresar sus sentimientos, pues sus defensas son primitivas y no parecen ser capaces de tolerar el sufrimiento ni las emociones dolorosas. Así, el uso del sentido del humor por parte de esta consultante parece ser una manifestación de este tipo de defensas, y una estrategia que utiliza para poder acercarse al dolor, y hablar de él en la sesión.

La tercera CR particular que corresponde a esta participante se denomina “*CR-A3: Otro demandante – Self exigido*”, y se caracteriza por un Otro que es dependiente, posesivo e inseguro, y que tiene altas demandas para con el Self. También se muestra muy atento y pendiente del accionar del Self, el cual siente rabia y angustia.

“...‘oye te acuerdas tal cosa?’ y yo ‘no, no me acuerdo’ ‘pero cómo no te vas a acordar, Antonia, te lo he contado’ ‘ya, vuélvemelo a contar, por favor, a ver (ríe)’ o... no sé pues, a veces, en broma ‘te has demorado 35 segundos en abrirme la puerta’ ‘uy 35 segundos, cómo voy a haber hecho eso?’ o... muy pendientes de... ‘esos aretes son nuevos’ o... ‘te has cortado el pelo’ o... ‘has movido esto en tu consultorio’” (Antonia, ER10).

Aquí se refleja cómo la consultante por momentos necesita estar muy cerca del analista psíquicamente, tal como lo expresa Antonia, quien comenta que a nivel transferencial la percibe muy pegada a ella. Asimismo, plasma cómo la participante percibe a estas consultantes como muy demandantes, y la angustia que esto le genera. En concordancia con ello, el Otro se muestra inseguro y necesitado, por lo que le exige a la terapeuta su afecto y preferencia frente a otros consultantes: “‘de todas maneras tú me quieres más a mí que a Pepe [otro consultante], o sea de

todas maneras, o sea (ríe) no tengo duda, no tengo duda de que tú me quieres más, de... que él no significa tanto para ti (.)' no? mm, o sea, es esa la demanda” (Antonia, ER12).

Frente a los sentimientos negativos que estas exigencias suscitan en la terapeuta, esta toma una distancia de ellos, y se conecta con el cariño y aprecio que le tiene a la consultante, para rescatar su función terapéutica. Así, es un Self que a pesar de sentirse invadido, es sostenedor, y busca facilitar un espacio para que el Otro pueda expresar lo que siente más profundamente, pues desea que pueda pensar, elaborar y comprenderse a sí mismo.

“...y le digo ‘a ver, cómo es eso de que yo te quiero más a ti, cuéntame’ o sea, no? y me empieza a hablar, y empezamos a hablar de cómo ella siente que tiene que ganar su lugar acá, de que de repente a veces, no hace cosas, o no me dice cosas que le molestan para ser como, en su cabeza la favorita, no? [...] y ella me dice ‘yo no le voy a dar el teléfono a nadie, para que nadie más venga acá, yo no te voy a compartir’” (Antonia, ER12).

Algunos autores dan cuenta de las demandas implicadas en el trabajo clínico con estos individuos, como Aviram et al. (2006), quienes mencionan que la labor puede ser desafiante para los profesionales, los cuales deben lidiar con una intensidad emocional elevada que puede ser desgastante. Esto es particularmente complejo en el campo de la terapia psicoanalítica, en la cual el vínculo es la herramienta principal de trabajo (Ávila, 2005). Asimismo, los sentimientos negativos experimentados por el Self en este caso coinciden con los hallazgos de los estudios realizados por Aviram (2006) y Jobst (2010, como se citó en Sansone y Sansone, 2013), según los cuales los psicoterapeutas sienten ansiedad y angustia en el trabajo con estas personas.

La cuarta CR particular a esta terapeuta se llama “*CR-A4: Otro desafiante – Self pone límites*”, y se compone de un Otro que es hostil y desafiante, pero también inseguro, y agrede al

Self, lo provoca y lo incomoda. Frente a ello, el Self en un primer momento se siente desconcertado, indignado y con rabia.

“Yo tenía una orquídea, bueno, tengo una orquídea, pero a veces está y a veces no [...] y... ella jalaba los pétalos... y yo sentía ira [...] sentía ira, y... en verdad de ahí me decía, claro ella me está como anunciando de todo lo que es capaz de hacer con su rabia. Claro, yo quería matarla y decirle ‘lárgate’, es mi orquídea” (Antonia, ER13).

Además de ello, ante estas conductas hostiles, el Self es firme y pone límites. A la vez, es capaz de tomar una distancia de las emociones negativas que experimenta, ir más allá del acto agresivo, y utilizarlo a favor del proceso terapéutico, como una herramienta para que el Otro pueda pensarse y comprenderse: “...moví la orquídea, le dije, porque yo estaba indignada con mi orquídea, moví la orquídea y le dije ‘tú me estás m-enseñando todo lo que eres capaz de hacer, con tus lados agre- agresivos’ pero no le dije ya no la hagas, o sea, yo me paré, o sea, actué, me paré, la moví y le dije” (Antonia, ER13). De esta manera, recupera su función terapéutica, y facilita así un espacio de reflexión y reparación, pues desea que el Otro se haga responsable de sus actos y también que estos lo ayuden a comprenderse mejor. Así, el Self es empático con el Otro, es sostenedor, y también firme.

“...él llegó a su hora y yo me demoré, me habré demorado 4 o 5 minutos en abrirle [...] y (ríe) hay una, una planta afuera del consultorio, y había sacado toda la tierra de la planta [...] y me dijo ‘he sentido tanta rabia, tanta rabia de que me hagas esperar, que he sacado toda la tierra de... de la maceta’ [...] ‘si quieres voy y la pongo’, hablamos un poco de cómo se sintió [...] de qué pensaba él no? de por qué me estaba demorando. De que seguro mi paciente anterior es mi paciente favorito, y que... él es un paciente más, de la importancia de querer como ganarse un lugar, y que sus formas son unas formas de mierda

pues. [...] y salimos y pusimos la tierra en la maceta los dos. [...] O sea... claro yo he podido decirle no, no te preocupes, que no me parecía, porque te tenía que hacer un poco responsable, pero solo tampoco, no? sino es como ya, en esto que, tu rabia yo la voy a recibir, y vamos a poner la tierra juntos” (Antonia, ER9).

Las reacciones del Self en esta CR coinciden con hallazgos de estudios previos, los cuales han identificado que, en ocasiones, los terapeutas experimentan sentimientos de rabia, ira e irritabilidad en el trabajo clínico con este grupo de consultantes (Putrino et al., 2019; Brody y Farber, 1996). Así también, Gabbard (1991, como se citó en McHenry, 1994) menciona que quizá el dilema más común para los clínicos en términos del vínculo con estos consultantes es la capacidad para tolerar la ira y el odio que traen.

Al igual que en la *CR-A3*, se observa en este caso el deseo recurrente del Self de que el Otro sea capaz de conectarse con sus emociones negativas, integrarlas, y expresarlas. El Otro, por su parte, en las cuatro CRs descritas, se caracteriza por ser poco capaz de experimentar el dolor, y por ello actúa en lugar de pensar o hablar. Además, tal como menciona Antonia, los consultantes tienen conductas impulsivas. Al respecto, Bateman y Fonagy (2010) postulan que los individuos con TLP tienen dificultades en su capacidad de mentalización, por lo que son poco capaces de comprender sus emociones y pensamientos, y los de otros, en términos de estados mentales, en especial ante emociones intensas. Por su parte, Sánchez Quintero y De la Vega (2013) plantean que estas limitaciones muchas veces los llevan a tener comportamientos desadaptativos y destructivos, hacia otros y hacia sí mismos.

Susan: Caracterización

Susan es una mujer de 45 años, filósofa de profesión, con una formación en psicoterapia psicoanalítica y como analista. Cuenta con 21 años de experiencia en el trabajo clínico, y atiende

a un promedio de dieciocho consultantes, teniendo entre dos y ocho sesiones por día, durante la semana.

Al preguntarle acerca de su estilo terapéutico, Susan comenta que se considera a sí misma como psicoanalítica, pero sin ceñirse a algún autor o teoría específicos dentro de ese marco. Menciona que ella cuenta con experiencias y aprendizajes internalizados, los cuales salen a la luz en el vínculo con el consultante: "...tengo mis experiencias, y todo eso, [...] el paciente me lo evoca. Entonces, ahí es donde yo pongo en juego mis... digamos las teorías que yo tengo ya implícitas, como mis herramientas que las tengo internamente". Asimismo, para ella lo más importante es "que uno enganche con [el terapeuta]... o sea, enganchen los dos ¿no?", y que en esa compatibilidad influye el estilo personal de cada uno".

Con respecto a los aspectos más difíciles de su trabajo como terapeuta, considera, por un lado, "cuando te quedas tomado por un paciente. O sea, cuando un paciente te deja preocupado". Según Susan, cuando esto ocurre, piensa mucho en la persona, la lleva consigo, y esto puede afectarla, y manifestarse en su estado de ánimo o en la calidad de su sueño, por ejemplo. Por otro lado, para ella puede ser complejo distinguir qué elementos, como emociones y pensamientos, le pertenecen al consultante, y cuáles son propios, dado que "la misma herramienta [...] es como arma de doble filo [...] hace que yo sienta mis propias cosas". En ese sentido, le parece crucial ser capaz de identificar y manejar su contratransferencia.

Al explorar aquellos aspectos que se le hacen más fáciles de su trabajo, menciona: "Lo que más fácil se me hace es que me encanta. Me gusta lo que hago. Eh... yo no lo siento tanto como un trabajo". Así, siempre tiene ganas de aprender, y en su opinión, las diferentes experiencias que tiene en su vida personal y cotidiana sirven para enriquecerla profesionalmente. Adicionalmente, comenta: "No lo siento como, o sea, mi vida y mi trabajo no están escindidas", y aunque a veces

se enfrenta a situaciones no tan placenteras, ella disfruta mucho su labor. Además, para ella “es una profesión que te involucra... con todo... o sea... es maravillosa, pero... hay que jugársela con todo el ser”.

En cuanto a su entendimiento del TLP, la participante lo define como un trastorno en el cual la persona por momentos es consciente de lo que le sucede, y por momentos esto “se lo lleva”. Asimismo, describe que quienes lo padecen experimentan cambios de ánimo repentinos, los cuales justifican, que son impulsivos y no miden los riesgos que implican sus acciones, para ellos y para los demás. Del mismo modo, menciona que “más que... saber el nombre la etiqueta es creo que conectar con cómo el trastorno les está afectando, ¿no? este... y cómo uno, como terapeuta, está metido dentro, esas cosas también pueden salir en la dinámica... de la terapia”. En ese sentido, manifiesta que el terapeuta “se termina convirtiendo” en una persona a quien el consultante puede odiar, rechazar o responsabilizar. Por ello, considera importante “hilar fino” al tratar con estos individuos: “también nos ponen al límite a nosotros. O sea, podemos ser adorados, idealizados, queridos... como... así... no le dijiste lo que quería escuchar y ‘fua’...no? Se disparan”.

En relación con lo anterior, en torno a dos consultantes específicas con TLP que atendió hacía mucho tiempo, Susan expone que “lo que asusta en este trastorno es que [...] las explosiones por los cambios pueden [...] irradiar una cuestión... bien complicada, ¿no? [...] como que le tire algo pues al papá de su hija, ¿no? [...] tenga un arranque agresivo con la hijita, o sea un escándalo en la calle... [...] todo ese tema de los impulsos”. Al respecto, menciona que otros consultantes también pueden tener conductas o impulsos que afecten a las personas a su alrededor, pero que en los casos con TLP, ocurre de una forma más extrema e intensa, “que uno no lo puede controlar, obviamente no podemos controlar nada de nuestros pacientes en el consultorio, ¿no? pero ahí menos, ¿no?”.

En lo que concierne a los aspectos más retadores del trabajo con estas personas, menciona que no se le hizo tan difícil: "...mi aproximación más bien fue... de... no asustarme, porque si te asustas... o sea, no, no eres nada. [...] Sin embargo no es un, no estar asustada de 'todo está bien', sino, mostrar que estoy en estado de alerta, pero no que estoy asustada y tomada, ¿no? por la situación". En línea con ello, comenta que hay que ayudar a los consultantes a ver cómo las situaciones que viven las afectan, pero con cuidado, pues "si tú les muestras de forma abrupta es, te conviertes, o sea... rápidamente en el otro, el que no entiende, el malo". Así, considera necesario "seguir un poquito la cuerda del discurso", para que se sientan sostenidos, y luego ir mostrándoles de a pocos las otras caras de la realidad.

Otra dificultad identificada por Susan es "lograr la confianza, y el vínculo" con las consultantes, pues estas pueden tener percepciones polarizadas del terapeuta, y fluctuar entre la idealización y el odio, dificultando así el establecimiento de un vínculo sólido. No obstante, considera sí haber logrado un vínculo positivo con ambas. Incluso, comenta que una de ellas ha tenido expresiones de afecto muy sentidas hacia ella, en una ocasión que se encontraron fuera del consultorio cuando ya habían culminado el proceso terapéutico.

Al preguntarle acerca de los aspectos más fáciles del trabajo con estas consultantes, Susan considera que, a pesar de todo, ellas fueron capaces de ver que su intención era cuidarlas.

Susan: Configuraciones Relacionales Particulares

La primera CR particular a Susan se denomina "*CR-S5: Otro impulsivo – Self asustado*". En ella, se observa a un Otro impulsivo e impredecible en sus reacciones, el cual, ante una intervención o interpretación del Self, se molesta, y se distancia de forma abrupta y violenta.

"...uno de los episodios más fuertes (ríe)... fue cuando se molestó por algo, no me acuerdo qué, algo le habré dicho y se molestó y [...] ella ha sido la única paciente que me ha pasado,

que se ha ido tirando portazo, ya? [...] Debe haber sido algo que yo le dije, no? de verdad que no me acuerdo qué, no recuerdo que haya sido como para tanto... una molestia tan grande. Tal vez era como... haberle dicho... eh... algo que a ella no le ha parecido” (Susan, ER1).

“[la consultante] venía con muchos cambios físicos [...] por más que esté de moda que le pintaras el pelo, pero podía venir con el pelo pintado de un color, a la semana siguiente el pelo era de otro color, em... aretes... eh... con una vestimenta bien llamativa. [...] Y, eh, ante cualquier intervención que se podía hacer sobre eso, era como si... la sensación que yo tenía era como... eh... que no sabía con qué me iba a responder. Si es que me iba a responder como, como aceptando mi... digamos mi intervención, o, haciéndome sentir denigrada, como que yo era una... cucufata” (Susan, ER17).

En línea con ello, la participante menciona que una de las características centrales de este trastorno son los cambios de ánimo repentinos que experimenta la persona, los cuales en ocasiones salen a la luz en la dinámica de las sesiones. Igualmente, McHenry (1994) menciona que estos individuos son hipersensibles a las intervenciones terapéuticas, y por ende se pueden sentir atacados o criticados fácilmente. Más aún, en esta CR se observa a un Otro que se enoja cuando siente que el Self no está de su lado: “...si ella sentía que yo me ponía un poco del lado [...] de otra persona que en ese momento ella [...] pudo haber estado odiando o... sacando toda su rabia, entonces también le daba rabia conmigo, no? Este... que no la entendía, que nadie la entiende...” (Susan, ER12).

Tabla 2*Configuraciones relacionales en el vínculo terapéutico con consultantes con TLP: Susan.*

CR-S5: Otro impulsivo - Self asustado				
Self	Interacción			Otro
	D	RO	RS	
Vulnerable	Evitar conflictos, que el Otro empaticé y lo valore	Agrede y se opone al Self	Desconcertado, asustado, confronta cuidándose	Impulsivo, agresivo, insensible
CR-S6: Otro irresponsable - Self impactado				
Self	Interacción			Otro
	D	RO	RS	
Preocupado, crítico con el Otro	Que el Otro sea consecuente, prudente	Actúa de forma irresponsable, negligente, destructiva	Se siente desconcertado, impactado, intenta calmar al Otro	Impulsivo, descontrolado
CR-S7: Otro invasivo - Self pone distancia				
Self	Interacción			Otro
	D	RO	RS	
Invasivo, reservado	Preservarse, poner distancia	Se mimetiza con el Self, lo desafía, muestra afecto	Desconcertado, asustado, rechaza y se distancia	Transgresor, invasivo

Como se observa, el Otro oscila entre dos polos opuestos, en uno de ellos, el Self es su aliado, y en el otro, es su enemigo, y como tal, lo agrade: “Estas dos chicas [las consultantes], lo... que pasaba era que, una tenía que hilar fino porque si... no les gustaba algo que una le pueda decir, pueden ser bien impulsivas y se, y se voltean, no? Y te pasan de ser la aliada de ellas [...] a... ser como... el, el otro enemigo. No? Si no les sigues un poquito la... la... cuerda” (Susan, ER2). En respuesta, el Self se siente desconcertado, impactado y asustado, y permanece pasivo a la espera del retorno del Otro: “Entonces yo sí me quedé un poco asustada, y no me había pasado eso. [...] sí me daba un poco de cosa después del portazo con, qué, va a poder, o sea qué, qué podía hacer, no?” (Susan, ER1). Esta CR contradice lo expresado por la participante, quien comenta que en su experiencia con consultantes con TLP, no ha sentido miedo, lo cual, en su opinión, no es conveniente para el trabajo terapéutico.

Las situaciones descritas reflejan, tal como menciona Susan, la forma en que la terapeuta puede llegar a formar parte de las dinámicas relacionales de los consultantes con este trastorno. Al respecto, diversos autores han explorado teórica y empíricamente esta dinámica relacional, en la cual la persona con TLP tiende a fluctuar entre idealizar y depender del otro, y, en contraste, odiarlo y distanciarse. Así, en el estudio realizado por Bourke y Grenyer (2010), algunos terapeutas participantes describieron a estos consultantes como oscilantes entre respuestas de rabia y frustración, y de otro lado, idealización y dependencia. Más específicamente, Kernberg (1967) y Klerman (1984, como se citó en McHenry, 1994) postulan que estos individuos suelen alternar entre alabar al terapeuta, como si lo vieran solamente bueno, y atacarlo, como si fuera absolutamente malo.

Siguiendo esta línea, la ambivalencia de estas personas entre querer aproximarse al otro, pero luego tener miedo de estar muy cerca, puede resultar en interacciones en las cuales, tanto el

terapeuta como el consultante, estén inicialmente receptivos y dispuestos a dar y recibir, pero que luego experimenten rechazo, insatisfacción y miedo (Bourke y Grenyer, 2010). Si bien no se han encontrado investigaciones específicamente acerca del miedo en los terapeutas, tanto Aviram et al. (2006), como Jobst et al. (2010, como se citó en Sansone y Sansone, 2013) mencionan que algunos clínicos pueden experimentar ansiedad al trabajar con estos consultantes, y de manera similar, ciertos terapeutas reportan sentir nerviosismo frente a las ideaciones suicidas de algunos de estos individuos (Putrino et al., 2019).

Adicionalmente, en esta CR el Otro es incapaz de dimensionar el impacto que generan sus conductas en el Self. Este, por su parte, desea que el Otro empatice con él, y que mida las consecuencias de sus actos: “la siguiente sesión era como si eso no hubiera pasado. Eso es lo que yo me acuerdo, o sea, la sensación que tengo es que para ella, si yo no traía el tema era como... ese fue un arranque, pero ya, estamos bien, no? Acá no pasó nada. [...] lo había, o sea, como pormenorizado, no? (ríe) Pero para mí, había sido fuertísimo, o sea, para ella, creo que el impacto había sido menos, que el que ella me dejó sentir a mí. O sea, me da la impresión de que no hay una medida [...] de lo, lo que puede causar en nosotros y los impulsos que tienen, ¿no? [...] suelen justificar, o sea las conductas... impulsivas, hostiles, ¿no? Eso me acuerdo con ella” (Susan, ER5).

Al mismo tiempo, el Self desea que el Otro lo valore y lo respete: “...hemos leído el libro al mismo tiempo [...] me ha pasado eso con ella (ríe), o sea, y yo decía por suerte, porque sino también (ríe) como que eh... cómo está metida, está metida tanto en eso, eso es lo que vale en ese momento, y esa es como la ley universal. O sea, si tú no entiendes de lo que ella te está hablando, por, seguirla en... lo que para ella está de moda entonces te... fácilmente te puede denigrar, no?” (Susan, ER16). De manera semejante, McHenry (1994) menciona que cuando estos consultantes se sienten incomprendidos, pueden atacar y devaluar al terapeuta. Adicionalmente, algunos

estudios indican que los terapeutas suelen percibir hostilidad de parte de este grupo de consultantes (McIntyre y Schwartz, 1998; Bourke y Grenyer, 2010), y también pueden experimentar rechazo en el espacio terapéutico (Putrino et al., 2019).

La segunda CR particular a esta participante, bajo la denominación “*CR-S6: Otro irresponsable – Self impactado*”, incluye a un Otro impulsivo y negligente, consigo mismo y con las personas que lo rodean. En ese sentido, actúa de forma descontrolada e irresponsable, cometiendo actos que lo ponen en riesgo a él y a sus otros significativos. Así, vive experiencias extremas que luego le cuenta a la terapeuta, sin ser capaz de ser consciente de las consecuencias que implican: “...eran situaciones bien límites, donde no, n-, lo que yo sentía es que no había una capacidad de poder pensar en cómo eso pueda afectar, ¿no? O sea en... digamos, las consecuencias” (Susan, ER11), “se metió en relaciones, o sea sexo así que también me asustaba un poco que algo le pueda pasar, bien promiscuo” (Susan, ER19).

Ante ello, el Self se siente desconcertado, impactado y se queda preocupado por la consultante, por su bienestar y el de las personas que la rodean. Incluso, por momentos le cuesta creer del todo las vivencias que le narra en la sesión, por considerarlas demasiado extremas: “sí me dejaban preocupada, ya? He encontrado que... sí... preocupada porque estos impulsos, ambas, eran mamás eh... de niños muy chiquitos, y yo sí tenía miedo por estos niños, ¿no?” (Susan, ER8), “Era como entrar en un mundo paralelo, no? O sea yo decía... me estás contando un cuento? Me estás diciendo, o sea, pero era en serio” (Susan, ER20), “...cuando ellas te hablaban de las cosas insólitas que habían hecho, eran reales. Lo que pasa es que no las dimensionaban así de insólitas, no?” (Susan, ER26).

Bajo esa misma línea, la terapeuta desea que la consultante sea capaz de pensar y dimensionar las consecuencias de sus actos, y que sea más prudente y cuidadosa. Así, intenta

calmarla, y ayudarla a reflexionar sobre lo sucedido y sus implicancias: “Las conversaciones eran eh, tratar de poner paños fríos, y tratar de poder pensar con ellas en las consecuencias. Porque si... ella actuaba de ciertas maneras [...] Esos impulsos después ella no se daba cuenta de que iban a tener ciertas consecuencias” (Susan, ER10). “Entonces (.) era como vivir con la paciente en mundos paralelos, no? entonces, ahí de alguna manera era (.) eh... ponerle pañitos fríos y... hacerla entrar un poco en razón (ríe) sobre qué consecuencias...” (Susan, ER21). En concordancia con estas percepciones del Self acerca de la consultante, Servais y Saunders (2007) encontraron que algunos terapeutas consideran a estas personas como peligrosas para sí mismas y para los demás.

En relación con ello, según la participante, uno de los aspectos más difíciles del trabajo con estos consultantes es el quedarse preocupada por ellos, lo cual en ocasiones puede llegar a afectarla de forma personal. De manera semejante, en el estudio realizado por Putrino et al. (2019), los terapeutas participantes manifestaron haberse sentido abrumados en el trabajo con estos individuos. Es posible que para lidiar con estas dificultades, Susan intente tomar distancia, y en consecuencia, como se observa en esta CR, se centre en las conductas de la consultante, evaluando sus acciones sin llegar a profundizar en lo que pueda estar detrás. Al respecto, McIntyre y Schwartz (1998) encontraron que los terapeutas tienden a desapegarse emocionalmente de los consultantes, para minimizar así su involucramiento (McIntyre y Schwartz, 1998). En este caso, el enfocarse en los acontecimientos podría ser para Susan una forma de evitar conectarse con el dolor de la consultante y lo que esto conlleva (Aviram et al., 2006).

La tercera CR particular a esta participante, “*CR-S7: Otro invasivo – Self pone distancia*”, presenta a un Otro que es dependiente e invasivo. En ese sentido, intenta acercarse al Self, mimetizarse e identificarse con él. Ante ello, el Self se siente desconcertado e impactado.

“...había un tema de identificarse conmigo totalmente. O sea si yo tenía unos zapatos, y ella me contaba que se había ido a ver, y que teníamos igualitos, y que había tratado de conseguir igualitos [...] me parecía curioso [...] me llamaba mucho la atención esta necesidad, de identificarse conmigo [...] [la consultante me decía] ‘Ay mira, me he comprado igualitos’, no sé qué, no? pasaban cosas así, iban como sucediendo este tipo de cosas donde había que tener una identificación, donde notas que hay algo un poco... un poco raro, no? O sea, somos igualitas, o somos, lo que yo sentía es, nosotras somos igualitas, o somos totalmente diferentes”. (Susan, ER3)

“...una cosa tan primaria, ‘somos idénticas’, o sea, no? y, y sin roche, o sea sin, sin filtro, porque ni siquiera había una cosa caleta, sino era, ‘me fui a buscar los mismos que tú y los conseguí, porque los tenemos, mira, mira los tenemos igualitos’ no? era, o sea, me llamaba la atención. [...] me acuerdo de eso que sí era impactante” (Susan, ER3)

El Otro busca acercarse al Self, y le expresa su afecto, aún fuera del espacio terapéutico: “me acuerdo [...] estar en la caja después de muchos años del supermercado, y que me haya dicho ‘Susan!’ Pero con una emoción [...] Me enseña su otro hijo [...] ‘te tengo que contar, te tengo que contar’ eso era fuera, extra consultorio muchos años después ah” (Susan, ER6). Asimismo, menciona que la consultante le envió “*Friend request* de *Facebook*...”. El Self responde a estos acercamientos tomando una distancia, pues desea preservarse: “Yo siempre guardo mi distancia en lugares públicos, entonces [le dije] sí, ‘hola’ no sé qué.” “Pero yo no acepto en Facebook, o sea, yo mantengo una distancia, no? Este, por la privacidad mía y por la privacidad de la paciente, no?” (Susan, ER7).

Al respecto, McHenry (1994) menciona que los consultantes con TLP tienen deficiencias yoicas, tales como la carencia de fronteras y límites del Yo. Esto influye en sus tendencias

agresivas, dado que no son capaces de llevar relaciones interpersonales sin demandar o huir de la fusión simbiótica con el otro. De forma semejante, Hinshelwood (1999) menciona que los consultantes con trastornos de personalidad severos propician relaciones terapéuticas cargadas de emocionalidad, en las cuales el clínico se puede sentir invadido, provocado y hasta perseguido. Incluso, los terapeutas pueden tener comportamientos de auto protección, tales como el distanciamiento antes mencionado, lo que es problemático para estos consultantes porque son sensibles al rechazo (Aviram et al., 2006).

Configuraciones Relacionales Transversales

Finalmente, la única CR transversal a ambas participantes se denomina “*CR-C8: Otro pide ayuda – Self sostenedor*”, y se caracteriza por un Otro que es vulnerable e inestable, y ante el dolor intenso, pide ayuda al Self de una forma demandante, y en el proceso lo idealiza y busca mimetizarse con él.

Tabla 3

Configuraciones relacionales transversales: Antonia y Susan

CR-C8: Otro pide ayuda - Self sostenedor				
Self	Interacción			Otro
	D	RO	RS	
Sostenedor, empático	Que el Otro pueda comprenderse	Pide ayuda actuando	Comprende, acoge	Vulnerable, poca capacidad para pensar

“...ella [la consultante] ha tenido todo un proceso en que... no sabía qué estudiar [...] y constantemente ella me decía ‘quiero que me digas en qué universidad has estudiado, quiero que me digas en qué universidad has estudiado’ y ella se imaginaba en qué universidad había estudiado yo... no? como una idealización tranquilísima, que yo decía

‘ya... que idealice, total, (ríe) si eso le va a servir para que vaya a la universidad’ que idealice lo que quiera [...] [yo] sabía que con ella, si yo le decía, ‘yo he estudiado, eh, para ser chef en la *Cordon*’ probablemente ella iba a ir ahí, y yo quería que su decisión parta de ella” (Antonia, ER6).

“La última sesión, con (ríe) mi paciente que a veces se corta [...] Me dijo al final: ‘yo sé que tú sabes lo que te voy a decir’ yo no tenía idea, no? por supuesto (ríe) ‘yo sé que tú sabes lo que te voy a decir’” (Antonia, ER8).

El Self responde a las demandas con aceptación y tolerancia, propiciando un espacio de diálogo y contención que permita al Otro pensar e integrar su dolor.

“[la terapeuta le decía] ‘¿por qué quieres saber tanto donde he estudiado?’ [...] ‘ah, es que yo sé dónde has estudiado, tú has estudiado en la Católica de todas maneras’ [...] y yo me reía y le decía ‘eso es lo que tú crees (ríe) si quieres creer que yo he estudiado en la Católica, dale’” (Antonia, ER6).

“...me dijo ‘me quería cortar pero no porque tenía ganas de cortarme para calmarme, sino porque quería cortarme para que mi papá se sienta culpable, y para que mi mamá me preste atención. Pero no lo hizo. Y... claro, hablamos de [...] cómo ella puede, un poquito pensar antes de tener que cortarse, que antes lo hubiera hecho sin nada, pero eso también es separarse de sus papás, porque cuando ella se corta tiene a su mamá pegada encima de [...] y a su papá con una culpa espantosa [...] y es, seguir pegada a ellos, y el no hacerlo, no cortarse, es como, generar un corte psíquico” (Antonia, ER8).

Como se observa, el Self se preocupa por el Otro, y desea que se mejore: “sí la mandé a medicarse [a la consultante], y se medicó. [...] la sostuvimos bonito con el, con el psiquiatra, yo estaba así como... [...] yo siempre espero que tengan buena... eh... buena relación con el

psiquiatra y mucha confianza [...] Pero con ella, era mayor. Era como, porque, tendía o a idealizar, o denigrar, entonces con ese psiquiatra sí se llevaron bien, o sea sí, sí funcionó. [...] yo la sentía a ella en riesgo [...] y lo bueno fue que accedió. Este... sí se medicó. [...] La ayudó” (Susan, ER22).

El Otro, en su inestabilidad, acepta la ayuda del Self en algunos momentos, y en otros se aleja, y rechaza así el apoyo brindado. En esas ocasiones, el Self, que es sostenedor, empático y paciente, responde acercándose al Otro, y le reitera su apoyo, con la intención de que acepte ser ayudado.

“ella [la consultante] solo ha interrumpido por unos, qué, 5 meses porque los papás dijeron que ya suficiente, ya no querían pagar más. [...] [después de un tiempo] me escribió, por una cosa que necesitaba un certificado, y yo le dije ‘yo no te puedo emitir ese certificado pero me pregunto por qué me has escrito, necesitas hablar?’ Y me dijo ‘sí’ y regresó a la terapia” (Antonia, ER15).

“[la consultante] comenzaba a faltar, me iba cancelando, hasta que terminó o sea, yo un poco que la perseguía, no? ‘vas a venir, cuando nos vemos?’” (Susan, ER23).

Conclusiones y Limitaciones

Los resultados descritos reflejan diversos elementos particulares a ambos casos, los cuales dan luces acerca de la experiencia subjetiva de cada terapeuta en el vínculo con consultantes con TLP. Ahora bien, se ha encontrado como elemento transversal a ambos casos a las representaciones del Otro, es decir, la forma como perciben y describen a estos consultantes. Al respecto, ambas participantes los consideran bastante demandantes en el trabajo terapéutico, lo cual es coherente con hallazgos de otros estudios, como el de Aviram et al. (2006). Además, ambas coinciden en que son personas muy necesitadas de atención y afecto, y su forma de pedir ayuda no siempre es directa, pues en ocasiones, lo hacen por medio de acciones que pueden llegar a ser desadaptativas.

Bajo esta misma línea, las participantes representan a estos individuos como vulnerables, no siempre capaces de cuidar de sí mismos, y con una tendencia a exponerse a riesgos en su vida cotidiana, como consecuencia de su impulsividad y comportamientos poco funcionales. Esto es respaldado por diversos autores, como McHenry (1994), Fonagy y Bateman (2006) y Brox (2014), los cuales los describen como consultantes frágiles, necesitados, y susceptibles a diversos aspectos del proceso terapéutico.

Asimismo, ambas participantes describen a estos consultantes como portadores de un alto nivel de agresividad, la cual manifiestan de formas diversas. Así, en algunos casos se hacen daño a sí mismos, lo que tiene distintas repercusiones sobre las terapeutas, y otras veces son desafiantes, invasivos y violentos con ellas de manera directa. Esto también ha sido respaldado en la literatura, especialmente por autores como Kernberg (1967) y Bion (2013) los cuales consideran a la agresividad como un elemento estructural de este trastorno.

Si bien estas representaciones del Otro son comunes a ambas terapeutas, se ha encontrado que las reacciones contra transferenciales que suscitan en ellas difieren significativamente. En el

caso de Antonia, en varias ocasiones siente angustia, culpabilidad, y hasta puede llegar a agredirse a sí misma, auto reprochándose por no haber sido capaz de suplir las exigencias de su consultante. Al mismo tiempo, suele intentar distanciarse de las emociones negativas que experimenta, para recuperar su función terapéutica, y así poder acompañar y contener al consultante. Por su parte, Susan en ocasiones experimenta miedo y desconcierto ante las respuestas del Otro, y por esa razón, por momentos toma distancia de su consultante. Sin embargo, pese a estas respuestas diferenciadas, se ha encontrado que ambas terapeutas procuran ser empáticas y comprensivas con estas personas, y se preocupan por su bienestar.

En todos los aspectos mencionados, la subjetividad particular de cada participante juega un rol fundamental, pues forma parte importante del trabajo terapéutico psicoanalítico, en especial al tratarse de un enfoque en el cual el vínculo es la principal herramienta de trabajo. De igual forma, el bagaje técnico de cada terapeuta matiza los resultados encontrados, no sólo en relación a la formación recibida, sino también al estilo personal de cada una. En línea con esto, una de las principales limitaciones de este estudio es el número reducido de participantes, el cual impide la generalización de los resultados encontrados.

Finalmente, se sugiere realizar estudios con una mayor cantidad de participantes, que permitan capturar a mayor profundidad las características del vínculo terapéutico con este grupo de consultantes. El Trastorno Límite de Personalidad tiene una presencia significativa en las sociedades actuales, y los individuos que lo padecen representan diversos desafíos para las intervenciones psicoanalíticas, los cuales deben ser comprendidos para poder mejorar el tratamiento.

Referencias

- Adler, G. (1988). How useful is the borderline concept? *Psychoanalytic Inquiry*, 8(3), 353-372.
<https://doi.org/10.1080/07351698809533729>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^{ta} ed.). American Psychiatric Association.
- Atwood, G. & Stolorow, R. (1984). *Structures of Subjectivity. Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Amorrrortu.
- Ávila, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7(2), 195-220.
- Aviram, R., Brodsky, B. & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256.
<https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11-15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bion, W. (2013). Attacks on linking. *The Psychoanalytic Quarterly*, 82(2), 285-300.
<https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2013.00029.x>
- Bittencourt, A., Duarte, E. & Barcellos, F. (2019). Handling suicidal crises in psychodynamic psychotherapy: a process case study. *Journal of Clinical Psychology*, 75(5), 846-858.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22761>
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Botella, L. & Corbella, S. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Bourke, M. & Grenyer, B. (2010). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: a core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*, 20(6), 690-691. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.504242>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss in Separation*. Basic Books.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brody, E. & Farber, B. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy*, 33(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.3.372>
- Brox, V. (2014). Clínica psicoanalítica en las organizaciones borderline. *Clínica Contemporánea*, 5(2), 149-159. <https://doi.org/10.5093/cc2014a11>
- Clarkin, J., Fonagy, P., Levy, K., & Bateman, A. (2015). Borderline personality disorder en P. Luyten, L. Mayes, P. Fonagy, M. Target, & S. Blatt (Eds.), *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology* (pp. 353-380). The Guilford Press.
- Conklin, C. & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 867-875. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.867>
- Corradi, R. (2015). The psychodynamics of borderline psychopathology. *Bulleting of Menninger Clinic*, 79(3), 203-231. <https://doi.org/10.1521/bumc.2015.79.3.203>
- Creswell, J. (2014). *Research Design*. Sage.

- Espinosa, D. & Valdés, N. (2012). *Codificación de Episodios Relacionales a partir de la versión en castellano del Método del Tema Central de Conflicto Relacional CCRT-LU-S: Manual de Procedimiento*. Proyecto Fondecyt No3130367. Manuscrito sin publicar.
- Freud, S. (1912). *The dynamics of transference*. Hogarth Press.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188(1), 1-3. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012088>
- Fonagy, P., Target, M. & Gegerly, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103-122. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70146-5](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70146-5)
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.22>
- Geha dos Santos, G. & Ramos, G. (2018). Patients, problems and borders: psychoanalysis and borderline cases. *Psicología USP*, 29(2), 285-293. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170101>
- Gelso, C., & Hayes, J. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience. Perils and possibilities*. Erlbaum.
- Goodman, G., Edwards, K., & Chung, H. (2014). Interaction structures formed in the psychodynamic therapy of five patients with borderline personality disorder in crisis. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 87, 15-31. <https://doi.org/10.1111/papt.12001>

- Gunderson, J. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1637-1640. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071125>
- Gunderson, J. & Lyons-Ruth, K. (2008). Borderline personality disorder's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment- developmental model. *Journal of personality Disorders*, 22(1), 22-41. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>
- Ha, C., Sharp, C., Ensink, K., Fonagy, P. & Cirino, P. (2013). The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1215–1223. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.09.008>
- Hayes, J., Gelso, C. & Hummel, A. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0022182>
- Hinojosa, N. (2005). Transference and relationship: technical implications in the psychoanalytic process with a borderline patient. *International Forum of Psychoanalysis*, 14(1), 36-44. <https://doi.org/10.1080/08037060410018453>
- Hinshelwood, R. (1999). The difficult patient. *British Journal of Psychiatry*, 174, 187-190. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.3.187>
- Horvath, A. & Luborsky, L. (1993) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-73. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2017). *Compendio Estadístico 2017*. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.

- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., Fiedler, G. Hautzinger, M., Bahrke, U. & Beutel, M. (2019) How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments, *The International Journal of Psychoanalysis*, 100(1), 99-127. <https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1533377>
- Luborsky, L. (1998). The Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) interview as a versatile source of narratives. En L. Luborsky & C. Christoph (Eds.). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (2^{da} edición, pp. 109-120). American Psychological Association.
- Luz, A. (2009). Truth as a way of developing and preserving the space for thinking in the minds of the patient and analyst. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(2), 291-310. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00127.x>
- Marín, S. (2014). Stephen Mitchell y el paradigma relacional en psicoanálisis. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 6(1), 125-140.
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of “borderline personality disorder”: social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595–612. <https://doi.org/10.1080/09638230310001627955>
- McHenry, S. (1994). When the therapist needs therapy: characterological countertransference issues and failures in the treatment of the borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 31(4), 557-570.

- McIntyre, S. & Schwartz, R. (1998). Therapists' differential countertransference reactions towards clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199811\)54:7<923::aid-jclp6>3.0.co;2-f](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199811)54:7<923::aid-jclp6>3.0.co;2-f)
- Ministerio de Salud del Perú (2017). *Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH)*. Hospital Víctor Larco Herrera.
- Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Harvard University Press.
- Mitchell, S. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. The Analytic Press.
- Petcu, C. (2018). Neutrality and subjectivity in the therapeutic relationship. *Romanian Journal of Psychoanalysis*, 11(1), 171-186. <https://doi.org/doi:10.26336/rjp.2018-1101-11>
- Piazza, M., & Fiestas, F. (2005). Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 30-38.
- Piero, A., Cairo, E. & Ferrero, A. (2012). Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(1), 17-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.04.005>
- Putrino, N., Casari, L., Mesurado, B. & Etchevers, M. (2019). Psychotherapists' emotional and physiological reactions toward patients with either borderline personality disorder or depression. *Psychotherapy Research*, 30(7). <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1690176>
- Rosenfeld, H. (1978). Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59(2-3), 215-221.

- Sánchez-Quintero, S. & de la Vega, I. (2013). Introducción al Tratamiento Basado en la Mentalización para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>
- Sansone, R. & Sansone, L. (2013). Responses of Mental Health Clinicians to Patients with Borderline Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(5-6), 39-43.
- Servais, L. & Saunders, S. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(2), 214-219. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>
- Stake, R. (2006). *Multiple Case Study Analysis*. Guilford Publications.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489. <http://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- Stern, A. (1945). Psychoanalytic therapy in the borderline neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 14(2), 190-198. <https://doi.org/10.1080/21674086.1945.11925599>
- Teicholz, J. (2018). The analyst's affect in the therapeutic relationship. *Psychoanalysis, Self and Context*, 13(1), 23-28. <https://doi.org/10.1080/24720038.2018.1388058>
- Villarán, V. (2017). *Configuraciones Relacionales*. Manuscrito sin publicar. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Zepf, S. (2012). Do we need the concept of "splitting" to understand borderline structures? *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 35(1), 45-57. <https://doi.org/10.1080/01062301.2012.10592379>

Apéndice A. Consentimiento Informado para Participantes

La presente investigación es conducida por Silvana Rizo Patrón De Bernardis, estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo la asesoría de la Mg. Doris Argumedo Bustinza.

El objetivo de este estudio es comprender la relación terapéutica con consultantes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad (TLP), desde la perspectiva del terapeuta psicoanalítico.

Si accede a participar, se le pedirá asistir a dos sesiones. En la primera, se le solicitará responder a un cuestionario y una entrevista, lo cual tomará alrededor de 60 minutos. Estos permitirán conocer sus percepciones generales acerca de su experiencia clínica y su entendimiento del TLP. En la segunda sesión, se realizará una entrevista para indagar acerca de sus experiencias de relación con consultantes diagnosticados con TLP, la cual tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Ambas conversaciones serán grabadas con el objetivo de transcribirlas, y luego las grabaciones será eliminadas.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. La información obtenida será estrictamente confidencial, y se utilizará únicamente para fines de la investigación y las publicaciones que se deriven de ella. El material será conservado hasta la finalización de estos productos y eliminado luego. Se mantendrá su anonimato en las transcripciones mediante el uso de seudónimos, y estas solo serán accesibles a la investigadora.

Al finalizar la investigación, se entregará una copia de la tesis a los participantes, con el objetivo de contribuir con la efectividad del trabajo terapéutico psicoanalítico con consultantes con TLP.

En caso tenga dudas acerca del desarrollo del estudio, es libre de formular las preguntas que considere necesarias. Asimismo, puede retirarse en cualquier momento de la investigación si usted lo desea.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información sobre la investigación y he tenido la oportunidad de discutir sobre la misma y hacer preguntas.

Entiendo que la información que se recoja será confidencial, que mi identidad será resguardada a lo largo de todo el proceso de investigación y que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Comprendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio. En caso de alguna duda con respecto a la investigación, puedo comunicarme con la Mg. Doris Argumedo Bustinza al correo dargume@pucp.pe.

Nombre del participante	Correo electrónico del participante	Firma
-------------------------	-------------------------------------	-------

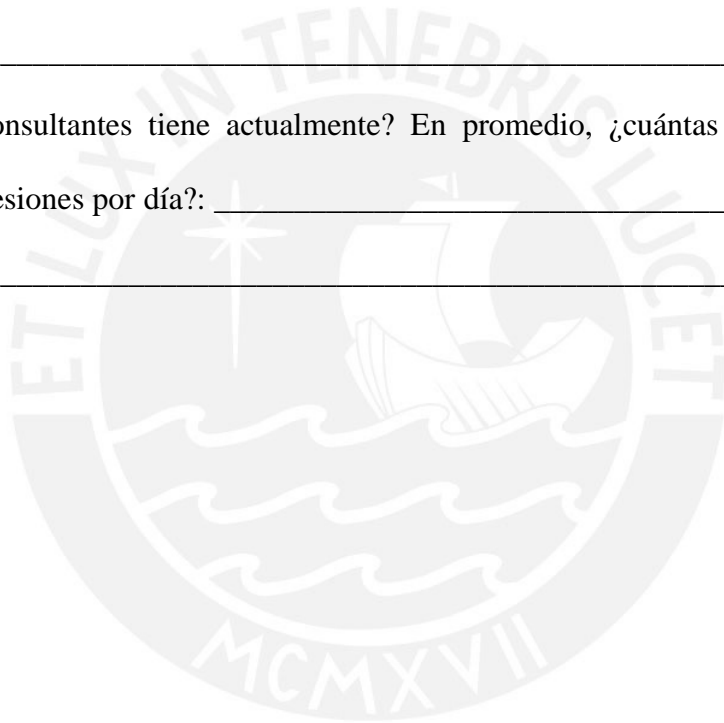
Nombre del Investigador responsable	Firma	Fecha
-------------------------------------	-------	-------

Apéndice B. Ficha Sociodemográfica

1. Nombre: _____
2. Género: _____
3. Edad: _____
4. Formación en psicoterapia: _____

5. Años de experiencia como psicoterapeuta: _____

6. ¿Cuántos consultantes tiene actualmente? En promedio, ¿cuántas sesiones tienen por semana? ¿Sesiones por día?: _____



Apéndice C. Entrevista semiestructurada

1. ¿Cómo se define a sí mismo como psicoterapeuta? ¿Qué aproximaciones teóricas y técnicas utiliza más en su práctica clínica?
2. En su experiencia como terapeuta, ¿cuáles considera que han sido los aspectos más difíciles de su trabajo con consultantes? ¿y los más fáciles?
3. ¿Cómo entiende el funcionamiento del Trastorno Límite de Personalidad?
4. ¿Qué considera que es lo más difícil del trabajo con esta población? ¿Y lo más fácil?



Apéndice D. Paradigma de Anécdotas Relacionales (RAP)

“Por favor cuénteme algunas situaciones o incidentes que lo involucren a usted en relación a consultantes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad. Cada situación debe ser específica. Puede relatar situaciones actuales o pasadas. Para cada una cuénteme (1) cuándo ocurrió, (2) quién era la otra persona, (3) qué dijo o hizo la otra persona, y qué dijo o hizo usted y (4) qué sucedió al final. La otra persona puede ser cualquier consultante diagnosticado con Trastorno Límite de Personalidad. Solamente tiene que ser alguna situación específica que fue particularmente importante o que supuso algún problema para usted. Cuénteme por lo menos 10 de dichas situaciones. Tómese entre 3 y 5 minutos para relatar cada una. Yo le avisaré cuando esté por alcanzar los 5 minutos. Esta es una manera de conocer acerca de sus relaciones con estos consultantes. Siéntase cómodo, como si estuviera encontrándose con alguien que usted quiere que lo conozca bien”.

