

Trabajos de revisión:

Cambiando el foco: implicancias de la Contratrtransferencia para el trabajo con pacientes con Trastornos de Personalidad en un Instituto Psiquiátrico

Victoria Vargas¹, Verónica Castillo¹

Resumen

En este trabajo hacemos una revisión de los conceptos de transferencia y contratrtransferencia, enfatizando este último para analizar sus implicancias sobre el diagnóstico y tratamiento de pacientes, junto con lo concerniente al autocuidado de la persona del terapeuta. Hacemos también dialogar la teoría con las observaciones realizadas a un equipo multidisciplinario de un Instituto Psiquiátrico, que centra sus intervenciones en población masculina con patologías que corresponden mayoritariamente a Psicosis y Trastornos de Personalidad.

Abstract

In this paper we review the concepts of transference and countertransference, emphasizing the latter to analyze its implications on the diagnosis and treatment of patients, together with the self-care of the therapist. We also discuss the theory with the observations made to a multidisciplinary team of a Psychiatric Institute, which focuses its interventions on the male population with pathologies that mostly correspond to Psychosis and Personality Disorders.

Cambiando el foco: Observando a los Observadores

El trabajo con todo paciente requiere no sólo de una vasta formación en aspectos teórico-prácticos, sino también de un entrenamiento exhaustivo sobre la capacidad de observación hacia los estímulos externos y reacciones internas del mismo profesional. De manera particular, el Psicoanálisis ha contribuido con las nociones de Transferencia y Contratrtransferencia, que se han extendido a la Psicología en general.

En el siguiente escrito se pretende realizar una revisión de ambos conceptos, enfatizando en el segundo, la Contratrtransferencia, al analizar sus implicancias sobre el diagnóstico y tratamiento de pacientes, junto con lo concerniente al autocuidado de la persona del terapeuta. Hacemos también dialogar la teoría

con las observaciones realizadas a un equipo multidisciplinario de un Instituto Psiquiátrico, que centra sus intervenciones en población masculina con patologías que corresponden mayoritariamente a Psicosis y Trastornos de Personalidad.

Las razones que justifican la elección de este tema particular, pasan primero por la disparidad observada en la bibliografía respecto de ambos conceptos. Mientras la Transferencia es atendida ampliamente, la Contratrtransferencia se sitúa en un lugar un tanto oscuro, que parece incluso bordear el tabú, aun cuando se reconoce su relevancia terapéutica. ¿Qué se esconde tras esta contradicción? ¿Qué hay en el estudio cabal del paciente, al tiempo que se invisibiliza al terapeuta o al equipo que trabaja con él?

Como segundo punto a favor de profundizar en los aspectos contratrtransferenciales, se encuentra lo antes esbozado: sus efectos sobre el diagnóstico y tratamiento. Y es que parece bastante obvio que un paciente que moviliza afectos negativos será pensado de una forma distinta de aquel que "cae en gracia", cuando no se toma consciencia de ello. Más allá de eso, considerar la implicación del terapeuta en su trabajo, constituye en sí una posición ideológica y ética, que deja entrever el carácter ontológico que lo sostiene, la concepción de ser humano que fundamenta su quehacer y que permite el despliegue de ciertas dinámicas y el bloqueo de otras en el vínculo.

Finalmente, cabe destacar la necesidad de reflexionar sobre lo anterior, considerando la circularidad del fenómeno. Si estimamos que 1. El paciente deposita ciertos afectos sobre quien lo trata, 2. Quien lo trata responde a esos afectos y 3. Esa respuesta afecta al tratamiento del paciente, es de vital importancia pensar también en un punto 4. Las repercusiones de este proceso sobre los profesionales tratantes, sobre todo en el trabajo con pacientes altamente demandantes y en un contexto institucional de hospitalización psiquiátrica.

1. Psicóloga. Sector 5

I. El lugar del paciente

Transferencia: Un juego de sustitución y actualización

"La transferencia, tanto en su forma positiva como negativa, se pone al servicio de la resistencia; pero, en manos del médico, se convierte en el más potente de los instrumentos terapéuticos y desempeña un papel difícil de sobrevalorar en la dinámica del proceso de curación"

(Freud, 1912, p.98)

Con el caso clínico de Anna O., Freud comienza el estudio de un fenómeno que antes había permanecido oculto en el seno de las relaciones, y que en principio conceptualizó de manera acotada, como el desplazamiento del afecto de una representación a otra. Más tarde, el padre del Psicoanálisis comprendió la extensión de los alcances de la Transferencia y su relación con la compulsión a la repetición, ampliando el constructo y considerándolo vehículo de la cura en vez de un obstáculo para la misma (Laplanche, Lagache & Pontalis, 1996).

Si bien este concepto fue desarrollado inicialmente por la observación del trato entre médico y paciente, el despliegue de la transferencia obedece más bien a una interacción, por lo tanto se expande a las relaciones de manera universal, pero privilegiada en el vínculo establecido entre analista-analizando. Esto último encuentra su fundamento en que el analista no responde al lugar que le asigna el analizante de la misma manera en que responden las personas de su vida cotidiana, y se ofrece como un resto diurno a disposición del sujeto, que conforme se acerca al conflicto inconsciente, se percibe como figura amenazante, haciendo que se manifiesten fenómenos de resistencia (Laplanche, Lagache & Pontalis, 1996).

En Psiquiatría, el enfermo entrega al médico información sobre su enfermedad y cómo la experimenta. Así, como al analista, el paciente supone un saber a su médico tratante, que es a la vez un saber real sobre la patología que lo afecta, lo que vendría a ser una diferencia con el vínculo establecido en psicoanálisis. Aún con ello, el médico no puede evitar darse cuenta que escuchar el discurso del paciente que no es relativo a la enfermedad en sí, aporta a su tratamiento (Vidal, 1998).

Esta dinámica de repetición, en que se "traspasan" al médico ciertos afectos y deseos, respondiendo a un pasado constitutivo del paciente que se actualiza en la relación terapéutica a nivel inconsciente, es lo que se entiende por transferencia (Del Valle et. Al., 2004), y por las disposiciones socioculturales que otorgan cierto lugar al médico, en general es la imago del padre la que se torna determinante en ella.

Por esta significación del médico como representante paterno, no es de extrañar que los afectos movilizados puedan ir en la lí-

nea de la ternura o la hostilidad, dependiendo de vivencias tempranas y experiencias que hayan marcado la vida del paciente. Ambas modalidades en la transferencia, positiva (ternura) y negativa (hostilidad, erotización), vienen a tomar parte como conditio *sine qua non* para la terapia y dejan entrever el retorno de significantes relevantes para el psiquismo del paciente, en forma de demanda hacia el médico, en tanto lo posiciona en cierto lugar predefinido además por su historia subjetiva.

Así, el terapeuta se "insertará en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento" (Freud, 1912), recreando, reeditando y reimprimiendo mociones y fantasías, sustituyendo a una persona anterior por la persona del médico, resurgiendo toda una serie de vivencias psíquicas previas como un vínculo actual y no algo pasado, que a su vez es modelo de las relaciones que establece el paciente en el resto de su vida (Sandler, Dare & Holder, 1993).

Es claro que la transferencia bien utilizada puede servir al tratamiento del paciente más complejo, conforme va surgiendo la idea de una "amistad médica" que lo tranquiliza y permite pensarlo como "aliado", fijando una alianza terapéutica de base, que permita el establecimiento de una transferencia positiva. Por el contrario, si las tensiones afectivas inconscientes se sienten como intolerables, la transferencia en vez de ser sentida es actuada, y esto ocurre de manera particularmente frecuente en aquellos pacientes que tienen una estructura de personalidad de base límite, con trastornos asociados.

Para el Psicoanálisis Kleiniano, centrado en las relaciones de objeto, la transferencia es pensada en tanto manifestación de las modalidades privilegiadas en que el sujeto se vincula con sus objetos parciales y totales. De este modo, las expresiones transferenciales no corresponden a repeticiones literales, sino a equivalentes simbólicos de lo transferido (Laplanche, Lagache & Pontalis, 1996).

En este sentido, las personas con trastornos de personalidad no sólo proyectan introyecciones edípicas, sino también de tiempos previos al Edipo. Por esto, la transferencia que establecen da cuenta de grandes distorsiones e indiferenciaciones. A nivel post edípico, los introyectos de estos pacientes suelen ser hostiles, abusivos, crueles, negligentes o abandonicos, por los que en su infancia debieron luchar para preservar la idealización de sus figuras parentales a través de la fantasía, como protección intrapsíquica (Martínez & Rodríguez, 2015).

Estas fantasías infantiles pueden ser terroríficas y punitivas o grandiosas. En las primeras, se externaliza un objeto persecutorio, poniendo el peligro fuera; en las segundas, se externaliza un objeto idealizado. Así, la transferencia puede tomar estos

carices profundamente ambivalentes, situando al terapeuta en un lugar de idealización, consistente con el deseo de fusionarse con un padre omnipotente, protector de las amenazas externas, y/o vivenciarlo a él mismo como amenaza, con su consecuente despliegue de agresividad (Martínez & Rodríguez, 2015).

Ante esto, es menester que el terapeuta brinde soporte al paciente, tolerando sus proyecciones transferenciales. Esto, porque sumado a lo anterior, los pacientes con trastornos de personalidad suelen mostrar déficits en la capacidad de mentalizar, lo que predispone al establecimiento de transferencias sumamente intensas, que requieren que el terapeuta contenga y procese estos afectos. Por supuesto, para que un terapeuta logre hacer esto, requiere también que sea consciente de sus propios afectos hacia el paciente, lo que le despiertan sus proyecciones y la influencia que su propia historia puede ejercer sobre su tratamiento, ante la co-construcción de un espacio entre ambos (Martínez & Rodríguez, 2015).

Así, en la relación transferencial, el paciente limitrofe despliega mecanismos de defensa arcaicos que le hacen experimentar cierta difusión de los límites entre él y el terapeuta; además, muestra ciertas dificultades en el pensamiento, al ser desbordado por sus emociones, predominando la actuación y la descarga. Por ello, puede ser preponderante la imago materna, que en la realidad psíquica del paciente corresponde a una madre que no brindó el sostén necesario para simbolizar y ligar afectos (Leiderman et. Al., 2004).

En consecuencia, según Leiderman y colaboradores (2004), estos pacientes reclaman al terapeuta basados en elementos ciertos, pero distorsionados, que ponen de manifiesto su déficit a nivel de sentido de realidad, transgrediendo los límites de la relación terapéutica y empujando al terapeuta a entregar respuestas disfuncionales, perpetuadoras de su juego inconsciente, confirmando lo aprendido durante su infancia.

II. El lugar del Terapeuta.

Contratransferencia: Entrando en el juego

"Un principio de largo alcance abrazado por los que practicamos la psiquiatría dinámica es que, básicamente, somos más semejantes a nuestros pacientes que lo que diferimos de ellos".
(Gabbard & Horigian, 2002, p. 14)

"Nuestras intervenciones apresuradas, nuestras interpretaciones prematuras, surgen de nuestra angustia frente al malestar que en nosotros suscita el vacío en el que el otro se mueve"
(Mannoni, 2004, p.63)

Con el desarrollo del Psicoanálisis y el surgimiento de distintas corrientes al interior del mismo, los conceptos fundamentales

que guían la práctica también han sido transformados. La contratransferencia es uno de ellos: ha pasado de ser considerada obstáculo a herramienta comprensiva; de ser solamente respuesta a la transferencia del paciente a ser toda actitud consciente e inconsciente del analista, y también ha variado el grado de implicación de la subjetividad de cada una de las partes que se encuentran implicadas en su génesis.

Probablemente, quienes comenzaron esta mutación conceptual y técnica fueron Hinrich Racker (1948) y Paula Heinmann (1950), aportando a lo ya propuesto someramente por Freud (1910) y Ferenczi (1919), y los aportes de Klein (1946) y Winnicott (1949). Como ya se señaló, inicialmente se pensó en ella como un obstáculo a superar; no obstante parece ser que la idea de que el inconsciente del analista y su uso puede aportar a la comprensión del inconsciente del paciente, se encontraba implícita ya en Freud (1980), al considerar que en el paciente vibra algo que se reproduce en la membrana sensible del analista, cuyo psiquismo inconsciente está preparado para reconstruir lo que le es comunicado.

Según Racker (1960), cada situación transferencial desencadena una situación contratransferencial. Porque son distintas caras de la misma moneda, no podría existir una sin la otra. Las situaciones contratransferenciales pueden ser reprimidas o bloqueadas; no obstante, evitarlas obtura la comprensión total del movimiento efectuado entre ambas partes. Y es que cómo responde el profesional a la demanda del paciente, pone "en jaque" su propio inconsciente, su psiquismo completo.

La contratransferencia, entonces, comprende "la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico" (Freud, 1910), proviene de la simbiosis psicológica entre ellos, y también es un campo que se ha estudiado sucintamente, comparado con su fenómeno complementario. Ya decía Freud que "ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas", y esto ha ido cobrando mayor relevancia a medida que los desarrollos del Psicoanálisis han tendido a considerar la cura como efecto de la relación (perspectivas vinculares, por ejemplo), y por el tratamiento de niños y pacientes con estructuras límite o psicótica, que estimulan intensamente el inconsciente del terapeuta (Laplanche, Lagache & Pontalis, 1996).

En los albores del Psicoanálisis, por su ligazón con la medicina atravesada por un espíritu experimental, pragmático y aséptico, se planteaba el ideal de que el analista cumpliera la función de un espejo, con el supuesto base de que debía asumir una postura totalmente neutra frente a su paciente. Hoy, desde algunas corrientes, se ha tomado noticia de la imposibilidad de ello, y

con estudios posteriores se ha evolucionado a la consideración del terapeuta como persona, con sus propios remanentes neuróticos, objetos internos no completamente asimilados e historia de infancia (Baranger, 2004).

Fue Ferenczi, en 1919, quien comenzó a reconsiderar el concepto de neutralidad analítica, proponiendo que el "dominio" de la contratransferencia para su uso instrumental deriva de la tolerancia de la misma y la implicación del analista, oponiéndose a la idea del espejo o cirujano aséptico.

El disciplinamiento adecuado de la subjetividad del terapeuta, mediante conocimientos teóricos, experiencia de supervisión y, por supuesto, la propia terapia, permite poner al servicio del diagnóstico y tratamiento del paciente lo que éste moviliza en quien lo atiende. Así, Devereux (1977), considera la contratransferencia como el dato más importante para la función diagnóstica, pensando en la transferencia-contratransferencia como acontecimientos interconectados.

En general, los profesionales temen dar a conocer los afectos movilizados en ellos a partir de la relación terapéutica, ya sea por la pretensión de objetividad que viene a remover la consideración de su subjetividad, o por la ansiedad que despierta la contratransferencia en sí misma. Sin embargo, la única manera de mantener estas angustias controladas es otorgándoles la importancia que tienen. Kernberg, en 1977, adhería a la postura de que la contratransferencia disciplinada tiene un valor semejante a todos los demás instrumentos de la clínica e incluso informa acerca del grado de regresión del paciente.

El peligro principal de no atender a este aspecto de la relación es dirigirse a errores médicos, ya que las deficiencias en el intercambio comunicativo médico-paciente pueden llevar a malas interpretaciones o consideraciones erradas respecto de la sintomatología del paciente, influyendo también en la adherencia del mismo al tratamiento, a propósito de las dificultades en el establecimiento de una alianza terapéutica (Heerlein, 2004).

Considerando lo expuesto hasta acá, resulta bastante obvio que asumir la función paterna y de completo saber que se le supone al médico, puede desencadenar efectos negativos, que llegan a la negligencia (Vidal, 1998), pero la dramática profundidad y riqueza del fenómeno pueden aportar mucha más información si se lo mira con mayor detención, develando otro tipo de consecuencias sobre el tratamiento, menos elementales y que, por lo mismo, exigen especial cuidado.

En su estudio VI, sobre "Los Significados y Usos de la Contratransferencia", Racker (1960) sistematiza algunas correlaciones posibles entre transferencia y contratransferencia, permitiendo

comprender que ambos fenómenos responden a una unidad funcional. Así, concluye de manera parcial que si la reacción contratransferencial del terapeuta es de angustia depresiva, o sea temor a destruir o dañar al paciente, el profesional tiene un carácter masoquístico no traído a la consciencia ni suficientemente resuelto, y es probable que ubique en el paciente proyecciones de su objeto sádico, deseando inconscientemente que su labor fracase, estableciendo una "colaboración silenciosa" con el masoquismo del paciente, que a su vez obtiene ganancia a través de su síntoma, de la mantención de su estatus de enfermo "descompensado".

En el caso anterior, el terapeuta tiende a desconocer la transferencia positiva latente, desencadenando pasividad, lejanía afectiva con respecto al paciente y pesimismo acerca del proceso terapéutico. En esta dinámica, fruto de la frustración no exteriorizada por parte del paciente, que vuelca sobre sí mismo la agresión, el analista se identifica con el objeto interno que violenta al paciente y, por ende, reacciona con la angustia a causarle algún perjuicio.

El mismo fenómeno, pero opuesto, puede observarse cuando el terapeuta posee una base caracterológica hipomaniaca irremediada, que lo lleva a encubrir ciertos conflictos del paciente o considerar apresuradamente que se encuentra mejor (Racker, 1960, en Baranger, 2004).

Otra situación posible es aquella en que se despierta en el terapeuta una angustia de tipo paranoide, en que el temor es a ser dañado por el paciente. Esta se relaciona con una situación transferencial donde el paciente se defiende de objetos perseguidores internos a través de la identificación con ellos, y externaliza su funcionamiento al sustituirse por el analista y transformarse él mismo en perseguidor de este último.

También es un escenario frecuente aquel en que el terapeuta experimenta aburrimiento y somnolencia, junto con sentimientos de impotencia y exclusión, lo que para Racker vendría a ser una respuesta vengativa al abandono afectivo por parte del paciente, que adicionalmente ocultaría una dependencia del paciente respecto del terapeuta, que le resulta conflictiva y difícil de asumir.

Por último, el autor analiza la agresión vivida en contratransferencia, que es efecto de la frustración de algún deseo del analista por parte del paciente, en que este último actúa de manera maniaca, y el analista -siempre como objeto externo del paciente- responde de modo depresivo o paranoide, pudiendo reaccionar identificándose con el perseguidor interno, viviendo rabia o hastío.

Estos son ejemplos de cómo la contratransferencia puede considerarse un fiel indicador de lo que le sucede al paciente, y es que la hipótesis que sustenta trabajos de este tipo es que el inconsciente del analista se comunica con el del paciente, y esta profunda relación emerge a la superficie por vía de los afectos experimentados por el terapeuta (Heimann, 1950). Si bien no se explicita en los desarrollos de Racker ni de Heimann, el mecanismo desplegado por el paciente correspondería a la identificación proyectiva (Klein, 1946), concerniente a la exteriorización de relaciones de objeto internas, en que la proyección no se hace sobre el otro, sino dentro de él, explicando parcialmente los efectos generados sobre quien la recibe, dando cuenta de un carácter intersubjetivo.

Aún sabiendo lo anterior, es menester enfatizar en que el paciente no pinta su transferencia en el vacío, sino sobre el lienzo de la personalidad del terapeuta (Kernberg, 1984). Así, la experiencia del terapeuta no corresponde a una réplica exacta de la proyección del paciente, sino que él también aporta elementos a su instalación (Jacobs, 1986).

Conforme a lo antedicho, el desafío está puesto en la capacidad de diferenciar ambos componentes, con el objetivo de utilizar la transferencia y no perderse en sus laberintos, dejando de ver al paciente (Etchegoyen, 1986).

Bajo estos términos, la contratransferencia puede transformarse en obstáculo si no es trabajada, tomando la forma de las resistencias del analista (Kernberg, 1965), dificultando su capacidad para contener las proyecciones del paciente, percibir las, vivenciarlas y devolverlas de manera apropiada. Esto, pues el terapeuta cumple una doble función, comprender, y transmitir al paciente esta comprensión de sí; en suma, ser intérprete (Racker, 1969).

Todo lo anterior se enmarca en la consideración del sujeto en relación y cómo se constituye de manera permanente, otorgando importancia al intercambio comunicativo en el momento presente, abandonando las pretensiones de neutralidad completa por parte del terapeuta y presuponiendo que en un intercambio comunicativo existe un encuentro entre ambas partes.

Al mismo tiempo es importante remarcar que, no por considerar la contratransferencia y su relevancia en la relación médico-paciente, se está proponiendo que se favorezcan sus manifestaciones, mucho menos expresar sus contenidos al paciente. El tema es que constituye una herramienta más para el abordaje completo de una relación tan compleja e intrincada como esta, y el identificar estas reacciones de parte del terapeuta permite intervenir de manera adecuada, en vez de seguir el camino del

acting (Baranger, 2004), lo cual es especialmente importante en el trabajo con pacientes que tienen estructuras de personalidad límite.

Más aún, no es secreto que estos pacientes incitan al terapeuta a entregar respuestas contraproducentes, como si su propia desregulación emocional evocara respuestas simétricas en el profesional. Con estos pacientes la contratransferencia llega a ser tan intensa que pone en peligro el tratamiento, dado que pueden aparecer impulsos agresivos hacia el paciente o una difusión en los límites de la interacción (Slucki & Wikinski, 2004).

De igual modo, las respuestas del terapeuta se van complementando con la estructura de personalidad del paciente, en una influencia recíproca, que disparan las defensas del médico para protegerse de las ansiedades primitivas que aparecen en sí a partir de la transferencia del paciente (Kernberg, 1979).

Por ello, Kernberg (1975) sostiene que a medida que se transita desde el polo neurótico al polo psicótico de la psicopatología, es la transferencia del paciente la que toma mayor parte en la génesis de la contratransferencia, por sobre la personalidad del terapeuta, lo que hace más difícil caer en el equívoco al utilizarlo como indicador. En general, estos pacientes despiertan en los terapeutas sensaciones muy intensas, fundamentadas en sus mecanismos de defensa, haciendo necesario que el profesional confíe en esta guía para el diagnóstico y tratamiento del sujeto.

Habría que considerar también, como puente al tema siguiente, que es imprescindible acotar lo advertido por Margaret Little (2017), con respecto a la existencia de una actitud básica (paranoide o fóbica) del mismo terapeuta hacia su contratransferencia, hacia sus propios sentimientos e ideas, lo cual puede facilitar o entorpecer el trabajo de hacerla consciente.

Esta idea, guarda relación con el concepto de contratransferencia indirecta, propuesto por Racker (en Etchegoyen, 1986), en que las reacciones contratransferenciales son estimuladas por personas diferentes del paciente (contratransferencia directa), como las instituciones, que influyen sobre la concepción de ser humano y del trabajo posible con él.

Este último punto, por tanto, comprende los efectos de la supervisión, de la atención en equipos multidisciplinarios, del dispositivo en que se desarrolla el intercambio, de la familia del paciente, etc., y es en este escenario que aparecen angustias inconscientes frente a aspectos del propio psiquismo del terapeuta, que se pueden expresar mediante defensas que hacen el trato con el paciente más distante y rígido, o inundado por el desborde emocional.

III. El lugar de la institución como representante de lo social: el tercero en la relación

El Instituto Psiquiátrico como tablero de juego

Como ya advirtió Mannoni (2004), la hospitalización psiquiátrica genera una situación particular, que estampa sobre la enfermedad del paciente una significación adicional a la que tiene en el exterior. Lo mismo sucede con el lugar del médico, que en el hospital pasa a estar asociado a la autoridad familiar y, por las condiciones de encierro, también remite a lo punitivo. En otras palabras, las demandas de los pacientes a los terapeutas mutan en este medio cerrado.

Así como existe una relación transferencial entre médico-paciente, hay también un elemento encubierto en el vínculo del enfermo con la institución, en tanto ésta lo atraviesa en el lenguaje, codifica su padecer, y deposita en este discurso los conflictos inherentes a un contexto de aislamiento, teniendo los mismos efectos que una identificación proyectiva conjunta, de parte de los miembros del hospital hacia el enfermo (Mannoni, 2004).

Así pues, en la relación médico-paciente se actualiza parte del deseo inconsciente, ocurriendo en no pocas oportunidades que el mismo médico bloquea el avance dialéctico que se comienza a activar en el paciente. Por ello, la forma en que se cristalizan en el enfermo las entidades nosográficas debiera, cuando menos, interpelar al médico y las relaciones existentes en el marco de la institución, entre profesionales de distintas áreas (Mannoni, 2004).

En contraposición a ello, no se puede invisibilizar que la psiquiatría actual está completamente atravesada por los avances psicofarmacológicos y toda la industria detrás de ellos, bajo el alero de la superioridad de la ciencia como ideología, y su correlato en la economía neoliberal. El peligro de esto está en el empobrecimiento de la clínica (Del Ángel Martín, 1989), en el retroceso hacia una clínica de la mirada, que deja de lado las particularidades de cada paciente, amén de la eficiencia y eficacia de los diagnósticos y tratamientos, como si se tratara de una línea de montaje en que se realiza un trabajo seriado.

El tema en cuestión aquí no es si la enfermedad mental existe o no, sino los beneficios de ampliar la mirada, para considerar que su evolución se relaciona directamente con la forma en que se accede a ella, y valorar el riesgo de des-subjetivar al paciente en el mismo vínculo que se establece con él, tanto en la diada enfermo-terapeuta, como en el nexo enfermo-sociedad, que delega en el médico la cura y en la institución la tutela del "anormal" (Mannoni, 2004). Aunque esto sea de manera temporal en recintos de corta estadía, es bastante frecuente que los

mismos pacientes lleguen de manera recurrente a internarse, a fuerza de las dificultades que le significa su cuidado a las familias.

Esto, por supuesto, conlleva una gran carga sobre los profesionales, quienes ponen en funcionamiento toda una serie de mecanismos para defenderse de un contexto –en que ellos también viven el encierro, por cierto– en que los pacientes y ellos mismos introducen sus objetos persecutorios en la vida institucional.

Un ejemplo de lo anterior corresponde a la manera en que se traspasa el saber a quienes están en proceso de formación, haciendo el intento de aislarlos de toda manifestación del inconsciente y de las subjetividades de los pacientes, al cientificar la manera en que se les caracteriza (Mannoni, 2004) y, por qué no decirlo, de ellos mismos.

Además, el peso de los factores idiosincráticos de la cultura occidental es bastante importante en el curso y cronificación de la enfermedad mental, y se materializa de maneras diferentes en función del género del paciente, haciendo caso de los roles que se asignan socialmente, dando paso a formas "masculinas" de la enfermedad psiquiátrica (Montero, Aparicio, Gómez-Beneyto, Moreno-Küstner, Reneses, Usall & Vázquez-Barquero, 2004).

Particularmente, la otrora "Casa de Orates", fundada en 1852, y desde 1983 y hasta la actualidad "Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak", es un centro de mediana y alta complejidad en que se atienden pacientes con patologías psiquiátricas agudas y crónicas, bajo los dispositivos de hospitalización y consulta ambulatoria. Con el paso de los años, se ha convertido en un instituto de renombre en el país, contando con el único servicio de Urgencia Psiquiátrica de la Región Metropolitana y formando parte de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Actualmente, se encuentra acreditado en calidad hasta el año 2019 por la Superintendencia de Salud y posee un fuerte compromiso a nivel científico-docente, y obviamente, con los usuarios y sus círculos inmediatos, involucrándolos en su mejora (Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, 2016).

Dentro de la Planificación Estratégica de la institución, enmarcada en las actividades a desarrollar entre los años 2015 y 2019, se realizó un análisis bajo la matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), arrojando como Directriz V el "obtener el mejoramiento del capital humano, de sus competencias y su satisfacción", a través de "Desarrollar y/o Actualizar los perfiles de cada cargo de acuerdo al modelo de Competencias MINSAL, Mejorar el Clima Organizacional, Optimizar la Estrategia de Capacitación para el Perfeccionamiento del Capital Humano, Entregar herramientas metodológicas:

mejora continua, trabajo en equipo, liderazgo, manejo del stress y otras habilidades blandas afines" (Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, 2016).

Si bien a lo largo del documento se reconocen las carencias a nivel de gestión de recursos humanos, tales como "Insuficientes sistemas de seguridad para el personal y Deficiencias en las políticas de autocuidado y en salud ocupacional" (p.37), se observa una gran disparidad entre las actividades que apuntan a la formación teórico-práctica (capacitaciones) y aquellas que favorecen el autocuidado y promueven las relaciones sanas al interior de los equipos, aún cuando esto último se configura como un factor determinante sobre la calidad de la atención que se puede entregar. De hecho, a corto plazo sólo se indica la idea de implementar actividades de autocuidado de quince minutos diarios dentro de la jornada laboral para todos los funcionarios, y evaluar el clima organizacional (Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, 2016).

Igualmente, es relevante que el rol de esta institución como formadora de profesionales la habilita para "sistematizar la experiencia", cosa que también se reconoce en el plan dentro de las Oportunidades a aprovechar, en conjunto con la existencia de convenios con universidades y la posibilidad de desarrollo en docencia e investigación (Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, 2016).

Todos estos puntos, aunque no de manera explícita, se relacionan con la contratrtransferencia y la forma en que se manifiesta en el equipo de cada sector de hospitalizados, sus efectos sobre los pacientes, profesionales y cultura institucional, dado que se entrega una respuesta a requerimientos sociales desde una posición marginal, si consideramos también que la psiquiatría tiene un lugar subvalorado respecto de otras especialidades de la medicina, al no ser la Salud Mental un eje prioritario dentro de las políticas ministeriales y la tendencia del mercado nacional en salud, con predisposición a la privatización.

IV. Uniendo los puntos: Aportes a la reflexión desde la experiencia de pasantía

Contratrtransferencia como herramienta de autocuidado y formación

"Cuando miras largo tiempo a un abismo, el abismo también mira dentro de ti".

(Nietzsche, 1886)

En concordancia con lo precedente, es sabido que el desgaste laboral puede afectar a profesionales en el área de salud de manera más aguda cuando las temáticas están vinculadas al sufrimiento humano y se debe prestar servicios a personas. En

específico, psicólogos clínicos, médicos y enfermeros poseen mayor riesgo de padecer desgaste laboral (Betta et al., 2007).

De esta forma, atender a esta población se torna en extremo demandante: no sólo se lidia con la complejidad inherente a cada paciente, sino también con las demandas de su familia o entidad a cargo y, por supuesto, las de la institución. Privilegiando esta última el diagnóstico, estabilización y alta en "tiempo record", lo cual mejora los indicadores cuantitativos de eficiencia y eficacia, que se traducen en cortos tiempos de hospitalización, alto número de pacientes atendidos y bajo índice de sustitución.

Esto, hace necesaria la construcción de una red de apoyo al interior del equipo de trabajo, constituyendo una fuente de contención y reconocimiento, retroalimentación y consejo profesional, que al no existir hace a los profesionales proclives a desarrollar Síndrome Burnout (Arón & Llanos, 2001). Como el correcto desempeño en esta área requiere del trabajo multidisciplinario, las relaciones interpersonales adquieren un papel fundamental, debido a que un conflicto en este dominio afecta negativamente a los profesionales y merma por completo el desempeño que pueden llegar a tener.

En el sector observado, el equipo se toma un breve momento durante la mañana para tomar desayuno juntos, hablar acerca de los pacientes y de sí mismos. Este desayuno es armado a partir de las donaciones de cada profesional, y el orden y aseo de la sala en que se lleva a cabo es realizado por ellos mismos, siguiendo un sistema de turnos que abarca a todos sus miembros estables. Luego de esto, el mismo espacio se dispone para las entrevistas de ingreso de los pacientes recientemente trasladados desde Urgencia, en que participa gran parte del equipo (Psiquiatras, becados en Psiquiatría, Psicóloga, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Enfermera) y se toman las decisiones pertinentes al caso, en términos de diagnóstico y pertinencia de aplicación de pruebas psicológicas o exámenes clínicos para despejar dudas, tratamiento farmacológico, intervenciones familiares, apoyo desde terapia ocupacional, acompañamiento psicológico, entre otros.

Si bien la modalidad encontrada por los profesionales es completamente atingente y útil para reforzar el vínculo que sostienen como equipo y conversar acerca de sus preocupaciones, o incluso distraerse y comenzar la jornada laboral con un espacio de breve distensión, es pertinente hacerse la pregunta por la necesidad de autogestión ante la inexistencia de mecanismos de autocuidado desarrollados a nivel institucional. Como Instituto Psiquiátrico, en la práctica, sólo existe la posibilidad individual de emplear dos horas al mes para este fin, lo cual no sólo

es insuficiente, sino que existe poco conocimiento al respecto de parte de los profesionales, pues no se los incentiva a utilizarlas; más aún, la lógica individualista a la base no aporta a la maduración del grupo de profesionales en un equipo multidisciplinario.

A pesar de que sería adecuado el desarrollo de talleres y actividades grupales diseñadas para fortalecer aspectos antes señalados y gestionados por la misma institución, en tanto propone como algunos de sus valores la Ética y el Trabajo en Equipo, una medida más accesible a corto plazo para abordar la problemática sería la simple consideración de un apartado de análisis de la contratransferencia, por ejemplo, en las entrevistas de ingreso. Esto, significaría un doble beneficio: por un lado, permitiría refinar el diagnóstico y, por otro, aportaría a la sensación de soporte por parte de los profesionales del sector.

Como resultado más probable, a la vez que la contratransferencia se pondría al servicio del trabajo terapéutico como herramienta técnica, se quitaría la condición de tabú que parece estar en los cimientos de este fenómeno, en tanto expone al médico tratante, y la situación quedaría desprovista de este cariz superyoico que dificulta la formación, restándole peso a la contratransferencia indirecta, que presiona al profesional en formación con respecto a parámetros de rendimiento, ante la evaluación constante de tutores y la mirada de los demás miembros del equipo.

En definitiva, en equipo, se ayudaría al médico tratante a despejar los lineamientos que facilitarían una alianza terapéutica firme, al ir visualizando el correlato entre la forma de entrevista

y los afectos movilizados en el médico, poniendo de manifiesto aquellas intervenciones que obturan y perjudican la relación.

El que la formación se dé en un espacio protegido, que permita hablar de la contratransferencia con libertad, abriría caminos en la docencia y mejoraría los indicadores de satisfacción laboral, en la medida en que sería una forma de protección contra la despersonalización de los profesionales y, por ende, del advenimiento de patologías por sobrecarga laboral o prácticas antiéticas hacia los pacientes o entre colegas.

Aunque todo fenómeno contratransferencial habla en cierta medida del terapeuta, compartir y contrastar los afectos movilizados por un paciente en una entrevista permiten ir estableciendo los márgenes diferenciadores entre aquello que corresponde a una respuesta a la transferencia del paciente y lo que pone en juego de sí mismo el terapeuta, cosa que incluso podría ser tema para investigaciones futuras, en tanto se sistematiza la experiencia de los profesionales y estudiantes.

En conclusión, por más que la relación establecida entre los médicos, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros con los pacientes no constituya una relación analítica como tal, los fenómenos revisados hasta acá se presentan de igual manera, dejando claro que, en conjunto con la formación teórica y los pasos prácticos, el camino hacia la mejora de la calidad de la atención pasa también por poner el foco sobre la herramienta principal de trabajo: el profesional mismo, al configurarse como un agente terapéutico, rescatando una idea que se tenía presente incluso en los orígenes de la medicina centrada en lo somático.

Bibliografía

1. Arón, A. M. y Llanos, M. T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 1(2), 5-15. Recuperado de http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/desgas/dpa_aron2.pdf el 20 de Junio de 2018
2. Betta, R., Morales G., Rodríguez K. Et Guerra, V. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3, 9-19. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/801/80103902.pdf> el 20 de Junio de 2018
3. Baranger, W. (2004). Notas sobre el aporte de Heinrich Racker al conocimiento de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*; vol, 61(1), 129-136.
4. Del Ángel Martín, L. M. (1989). Acerca de la posición del médico en las instituciones psiquiátricas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 9(28), 023-38. Recuperado de <http://revistaen.es/index.php/aen/article/view/15063/14931> el 23 de Junio de 2018.
5. Devereux, G. (1977). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Siglo XXI: México.
6. Etchegoyen, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
7. Ferenczi, S. (1919). *En la técnica y el psicoanálisis*. Obras completas. Madrid: Espasa Calpe.
8. Freud, S. (1910) "Las perspectivas futuras de la psicoterapia analítica"; pp. 136.
9. Freud, S. (1912) "Sobre la dinámica de la transferencia" En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu. Página 98.
10. Freud, S. (1980). *Recomendaciones a los médicos para la práctica del psicoanálisis*. Amorrortu, 12.
11. Gabbard, G. Et Horigian, V. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Médica Panamericana. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/358661657/psiquiatría-psicodinámica-en-la-practica-clinica-glen-o-gabbard-pdf> el 15 de Junio de 2018
12. Heerlein, D. A. (2004) *Errores en Psiquiatría*. Seminario Errores en Medicina: ¿Es segura la atención sanitaria en Chile?, Academia Chilena de Medicina, recuperado de <http://www.institutodechile.cl/medicina/publicaciones/Seminario%20Errores%20de%20Medicina.pdf#page=29> el 15 de Junio de 2018.
13. Heimann, P. (1950) "Acerca de la contratransferencia." *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 1961-62, 4: 129-136. Recuperado de [http://www.jaimyasky.cl/jaimyasky/Escritos___Writings_files/Paula%20Heimann%20\(1950\)%20Acerca%20de%20la%20Contratransferencia.pdf](http://www.jaimyasky.cl/jaimyasky/Escritos___Writings_files/Paula%20Heimann%20(1950)%20Acerca%20de%20la%20Contratransferencia.pdf) el 20 de Junio de 2018
14. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (2016) *Planificación Estratégica 2015-2019*. Recuperado de <https://www.psiquiatrico.cl/index.php/mision-vision-valores> el 24 de Junio de 2018
15. Jacobs, T. (1986) "On Countertransference Enactments." *Journal of American Psychoanalytical Assessment*, 34: 289-307.
16. Kernberg, O. (1975), *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós, Buenos Aires.
17. Kernberg, O. (1979) *La teoría de las relaciones objétales y el psicoanálisis clínico*. Paidós: Buenos Aires.
18. Kernberg, O. (1984) *Trastornos Graves de la Personalidad*; Cap. 17 "Contratransferencia, regresión en la transferencia, y la incapacidad para depender". México, DF: Editorial El Manual Moderno, 1987.
19. Klein, M. (1946) "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides". En: *Obras Completas de Melanie Klein*, tomo III Envidia y gratitud. Barcelona, Editorial Paidós Ibérica, 1988.
20. Laplanche, J., Lagache, D., Et Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós: Buenos Aires.
21. Leiderman, E. A., Buchovsky, S., Jiménez, M., Nemirovsky, M., Pavlovsky, F., Giordano, S., Et Lipovetzky, G. (2004). *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Borderline de la personalidad: Una encuesta a profesionales*. Vertex, 15(58), 280-286.
22. Little, M. (2017). *Contratransferencia y Respuesta del Paciente. Transferencia Neurótica y Transferencia Psicótica*. Pólvora Editorial: Santiago. Recuperado de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.4.10b%20ANEXO%20CLASE%2010%20%20S10.pdf> el 12 de Junio de 2018
23. Mannoni, M. (2004). *El psiquiatra, su "loco" y el psicoanálisis*. Siglo XXI.
24. Martínez Rodríguez, J. M., Et Martín Cabrero, B. (2015). *Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad: parte II*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 587-606.
25. Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., Et Vázquez-Barquero, J. L. (2004). *Género y salud mental en un mundo cambiante*. *Gaceta Sanitaria*, 18, 175-181. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/gsa/2004.v18suppl1/175-181/es/> el 19 de Junio de 2018
26. Nietzsche, F. (1886). *Más allá del bien y del mal*, trad. Andrés Sánchez Pascual.
27. Racker, H. (1960) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidós: Buenos Aires.
28. Racker, H., (1969). *Aportación al problema de la Contratransferencia*.
29. Sandler, J., Dare, C. Et Holder, A. (1993). *El Paciente y el Analista: Las Bases del Proceso Psicoanalítico* (Traductor: Wolfson, L.). Paidós: Buenos Aires.
30. Slucki, D., Et Wikinski, M. (2004). *Una aproximación psicoanalítica a las personalidades límite*. *E RTE V X*, 15(58), 274. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf#page=35> el 22 de Junio de 2018
31. Vidal Otero, J. (1998). *La cronicidad como concepto contratransferencial*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(66), 253-268. Recuperado de <http://222.revistaen.es/index.php/aen/article/view/15588> el 22 de Junio de 2018
32. Winnicott, D. W. (1949) "El odio en la contratransferencia." *Revista de Psicoanálisis*, (APA), 1971, 28 (2): 433-447